

ESSAI DE CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE
DES
DÉLIRES LIÉS A LA PUERPÉRALITÉ
(GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, LACTATION)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN-BAPTISTE ÉVROT

Né le 17 Septembre 1870, à Chambéry

Interne à l'Asile de Bron (Service clinique)

Lauréat du Concours, décembre 1892.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

ESSAI DE CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE
DES
DÉLIRES LIÉS A LA PUERPÉRALITE
(GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, LACTATION)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN-BAPTISTE ÉVROT

Né le 17 Septembre 1870, à Chambéry

Interne à l'Asile de Bron (Service clinique)
Lauréat du Concours, décembre 1892.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, *Présid.*; M. TEISSIER, *Assess.*; MM. LANNOIS et COURMONT *Agrég.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Souvenir d'affection et de reconnaissance

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PIERRET

Médecin en Chef du Service des Femmes

INTRODUCTION

Le temps n'est plus où la psychiatrie était une branche de la médecine regardée comme obscure et inutile. Elle est sortie de son domaine étroit et a bénéficié largement des nouvelles conquêtes de la science. Entre le délire doux et tranquille d'une typhique, la stupidité post-infectieuse et le délire aigu fébrile, il n'y a qu'une différence de degré. L'insomnie ou les hallucinations, le mal de tête ou la folie sont des symptômes au même titre qu'une paralysie ou les vomissements. En clinique, séparer les symptômes intellectuels des signes somatiques, c'est faire de la médecine incomplète ; envisager les phénomènes de l'intelligence en dehors de tous les autres signes organiques, ce n'est pas faire de la psychiatrie. L'aliénation mentale n'est plus alors qu'un symptôme vulgaire dont il faut remonter à la cause pour instituer un traitement. L'héré-

dité n'est plus qu'une cause prédisposante, plus ou moins importante suivant les cas « La folie n'est pas une maladie de l'esprit, mais une maladie du corps. » (V. Parant, 1893).

C'est avec ces idées qu'il nous a paru intéressant de présenter une vue d'ensemble sur une forme de psychose assez fréquente, la folie puerpérale. Certes, le sujet n'est pas nouveau, mais il intéresse trop le médecin appelé bien souvent à donner des conseils dans ces cas et qui plus est à faire un traitement, pour ne pas s'en faire une juste idée. Les auteurs se sont, nous semble-t-il trop attachés à défendre une unique théorie. Nous avons fait de l'éclectisme, et, sans parti pris, avons classé quelques observations. Notre classification n'est qu'un essai, et est loin d'être définitive, mais elle nous semble résumer l'état actuel de la question. Qu'on nous pardonne de revenir sur ce sujet, malgré le peu de données nouvelles que nous apportons, mais c'est pour nous un devoir que nous tenons à remplir envers notre maître M. le professeur Pierret. Le premier aliéniste en France, il a soutenu que la folie puerpérale est le plus souvent d'origine infectieuse, et, avec des observations prises dans son service, a su inspirer dès 1890 à M. Faure, sa thèse inaugurale sur ce sujet.

Mais en psychiatrie, comme en médecine, l'infection n'est pas tout. Les travaux de M. Bouchard ont fait entrer en ligne de compte, pour nombre de maladies les vices de nutrition frappant le cerveau au même titre que le

rein. On a eu, sinon complète, du moins plus nette, la pathogénie du coma diabétique, du rhumatisme cérébral. On a mieux connu l'urémie et ses manifestations délirantes. On a parlé de toxicité de l'urine et du sérum sanguin. Ainsi se trouvait peu à peu édifiée cette théorie si importante des auto-intoxications. L'épileptique n'est le plus souvent qu'un intoxiqué, et chez lui nous voyons, sous la même cause, se succéder et se remplacer même les phénomènes délirants et moteurs.

Nous verrons dans les mêmes conditions des éclamptiques et des aliénées.

Infection et auto-intoxication se réduisent en somme à un empoisonnement. Il nous a paru utile néanmoins de séparer ces deux facteurs étiologiques.

Nous avons fait une troisième classe de délires puerpéraux liés à l'épuisement physique, délire asthénique des Allemands, bien différents du choc nerveux qui sera notre quatrième facteur. Ce dernier en effet, essentiellement passager, est dû à une irritation réflexe.

Nous nous fonderons sur cette classification pour établir un pronostic et un traitement. Nos observations, tirées en grande partie du service de M. le professeur Pierret, seront classées d'après ces notions précédentes. Sans doute cette division n'est qu'un essai, mais pour être mathématique, elle n'est pas moins utile à l'esprit. En clinique, les classifications ne peuvent être qu'incomplètes, car il n'y a pas de maladies, il y a des malades.

Nous regrettons que notre expérience, jeune encore, ne nous ait pas permis d'utiliser toutes les ressources du service de M. Pierret. Il a bien voulu néanmoins nous guider avec bienveillance dans notre modeste travail ; il nous fait encore l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille recevoir ici l'hommage de la reconnaissance de son élève.

Merci à M. Brun, médecin en chef du service des hommes, à M. le Dr Dumas, nos premiers maîtres en aliénation mentale, pour leurs conseils et leur amitié.

Merci à M. Jaboulay, agrégé, chirurgien-major des hôpitaux, qui nous a affirmé sa bienveillance en venant nous soigner dans le cours d'une maladie.

Merci à tous nos professeurs et agrégés de la Faculté, à nos maîtres dans les Hôpitaux, à M. le Dr Jamain, chef de clinique d'accouchements qui, a bien voulu nous communiquer une observation de sa clientèle.

Merci à nos collègues d'internat et à tous nos amis.

ESSAI DE CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE
DES
DÉLIRES LIÉS A LA PUERPÉRALITÉ
(GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, LACTATION)

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous serons bref sur l'historique maintes fois exposé dans les différents ouvrages sur la question pour citer surtout les travaux récents.

En France, jusqu'au début du XIX^e siècle, on s'en tint à la théorie d'Hippocrate admettant vers le cerveau la déviation des lochies, des menstrues et du lait.

Avec Esquirol la question commença à être étudiée. Toutefois laissant l'étiologie un peu dans l'ombre, ce médecin fait jouer le rôle principal à la prédisposition nerveuse. Parut alors l'ouvrage classique de Marcé (*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris, 1858) qui, tout en faisant la part importante à l'hérédité et aux causes morales, eut le mérite d'étudier les différents désordres psychiques de la gros-

sesse et l'influence des causes physiques. Ce livre fut en France le résumé de la question, résumé imparfait, sans doute, car en fait de causes occasionnelles il ne citait que l'hémorragie et les obstacles à l'accouchement. Cependant des médecins, parmi lesquels Doublet et Pinel Scipion, en France, avaient constaté nettement la coexistence fréquente de la septicémie et de la folie puerpérale. Morel, à la même époque que Marcé, essaie une classification étiologique et insiste sur les modifications physiques et morales qu'imprime la grossesse.

A l'étranger on était sorti déjà du cercle étroit de la prédisposition héréditaire.

Leisdesdorf¹, Donald Fraser, Ripping², dans son mémoire, Griesinger parlaient déjà d'action de sang vicié sur le cerveau, mettant comme cause de la folie après l'accouchement les infections *post partum* au premier rang. Ces théories se répandirent vite en Allemagne, en Angleterre, en Russie pour revenir en France.

Fritz³ fit voir que l'éclampsie, et l'éclampsie à elle seule, suffit pour déterminer l'apparition de la folie : des travaux allemands confirmèrent et développèrent cette donnée (Lubben, 1872, Schwegel, 1885, Olshausen, 1891). Pour l'infection, les étrangers eurent encore les devants : Holm, 1874, Campbell Clark, Hansen⁴ surtout en 1888, Meyer,

¹ Leisdesdorf. Ueber die ender Schwangerschaft und in puerperium auftretenden Psychosen (Wien. med. Wochenschr. 1872).

² Ripping. Die Geisterstörungen des Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Stutl., 1877.

³ Fritz. Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et les rapports avec la manie puerpérale. Th. Strasbourg, 1876.

⁴ Hansen. Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection, 1888.

1888, en Allemagne; Savage¹, en Angleterre, soutinrent l'origine infectieuse. Hansen avait montré que ces psychoses d'infection étaient du type de confusion mentale hallucinatoire aiguë 40/42). Barnes reprenant les idées sur l'albuminurie et l'infection essaie de prouver que la folie de la grossesse paraît être en général en relation avec l'albuminurie et celle des suites de couches avec les accidents septiques.

On en était loin à l'étranger de l'ouvrage classique de Marcé, soit en Allemagne, en Angleterre, soit en Amérique, tandis qu'en France, M. Magnan et ses élèves² parlaient encore d'hérédité et de causes morales, et prétendaient que la puerpéralité n'est pour une prédisposée qu'une occasion banale de délirer. C'est en 1890, qu'à Lyon M. le professeur Pierret parla, le premier aliéniste en France, de l'origine infectieuse de la folie puerpérale, inspirant une thèse à son élève M. Edmond Faure³ où sur treize observations recueillies à l'asile de Bron, il relevait six fois de l'infection et citait dans un cas un examen bactériologique complet fait par M. Courmont.

Deux ans après, la question fut reprise et étudiée plus amplement dans la thèse de M. Lallier⁴ au double point de vue de l'éclampsie et de l'infection.

¹ Savage, Puerperal insanity of septic origine. *Lancet* 1888. II. 1129.

² Magnan et ses élèves. Garcia Rijo, th. de Paris, 1879. — M^{me} de Gorski, th. de Paris, 1888.

³ Edmond Faure. Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées, th. Lyon, 1890.

⁴ Lallier. De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches, th. de Paris, 1892.

M. Idanof, en Russie, insistait aussi sur le rôle de l'infection. Enfin, citons comme travaux récents les psychoses puerpérales, de M. Ballet (*Méd. moderne*, oct., nov., 1892), la communication faite au Congrès de la Rochelle, le 6 août 1893, par MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les auto-intoxications dans les maladies mentales, enfin un article de M. Toulouse (*Gaz. Hép.*, 39 septembre 1893), où l'auteur fait un bon résumé des différentes formes de psychoses aux différents moments de la puerpéralité.

CHAPITRE II

Folie puerpérale infectieuse.

ACTION DES MICROBES. — PREUVES EN FAVEUR DE L'ORIGINE INFECTIEUSE. — MODES DE DÉBUT ET FORMES CLINIQUES. — CONFUSION MENTALE.

L'infection est certainement la cause qui produit le plus souvent la folie puerpérale. S'accompagnant ordinairement d'un cortège de symptômes apparents, il était impossible, même en l'absence de nos données modernes, de méconnaître longtemps son rôle important. Hansen avait montré qu'elle produit de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Barnes avait insisté sur sa fréquence à la suite des couches, dans la période post-puerpérale. Edmond Faure, dans sa thèse, citait treize observations dont six étaient des états délirants infectieux et donnait l'opinion du professeur Fochier admettant l'origine microbienne de l'éclampsie. Les microbes puerpéraux, quels qu'ils soient, agissent sur les centres nerveux par les toxines qu'ils

sécrètent et modifient profondément la vitalité des cellules cérébrales, directement ou par l'intermédiaire de la circulation. Comme ce trouble circulatoire ou cellulaire est ordinairement fugace est transitoire, les éléments nobles qui, un instant, avaient perdu leurs fonctions normales, réparent vite leurs altérations, et, en éliminant le poison microbien, reprennent leurs actions physico-chimiques ordinaires. Peu importe le bacille ! qu'il soit le streptocoque comme dans le cas de M. Courmont ou un autre, le résultat est le même.

L'infection, nous venons de le voir, agit directement sur les centres nerveux, qu'elle trouble dans leur mécanisme, mais elle peut avoir un autre mode d'action plus indirecte et, il faut bien le dire, tous ces processus se rencontrent en clinique plus ou moins intimement mêlés.

L'infection porte toute son énergie dans certains cas, sur la cellule hépatique déjà altérée (stéatose) dans la grossesse, d'autant plus que le foie est souvent, par des grossesses ou des excès antérieurs, un *locus minoris resistentiæ*. Elle frappe aussi l'émonctoire par excellence, le rein, si bien que l'infection, fait primordial, devant l'intensité de ses désordres organiques passe au second rang ; l'insuffisance rénale ou hépatique devient le processus le plus dangereux, la cause déterminante de la folie, la seule apparente, la fièvre étant souvent presque nulle et les signes d'infection cachés. Ces cas d'infection à manifestations organiques prépondérantes agissent moins par leur action directe sur l'encéphale que par auto-intoxications consécutives et seront étudiés dans le chapitre suivant.

Telle est la théorie générale de l'origine infectieuse des

états délirants. Que le délire soit passager ou durable, la théorie reste la même, il n'y a là qu'une réceptivité particulière, qu'une élimination plus ou moins facile, qu'un poison plus ou moins violent.

On pourrait s'étonner de la rareté des folies puerpérales en raison du nombre des fièvres du puerpérisme, mais il nous semble qu'à cela il y a plusieurs raisons.

1° D'abord la fièvre puerpérale est infiniment moins fréquente qu'on veut le dire, et, à la Charité de Lyon, les cas en sont exceptionnels grâce à l'antisepsie. Plus fréquente autrefois était la fièvre, plus fréquente la psychose, mais les faits passaient inaperçus, la relation de cause à effet n'étant pas connue.

2° De plus, le bacille et ses toxines ne suffisent pas toujours, il faut une prédisposition héréditaire ou acquise dans beaucoup de cas, il faut un état de réceptivité favorisée par l'épuisement.

On a objecté que beaucoup d'opérés avec fièvre et suppurations n'avaient pas si fréquemment de psychoses. Nous répondrons que la connexion entre l'utérus et le cerveau est intime, que cet organe est une vraie éponge sanguine et lymphatique bien faite pour la diffusion des bacilles, que l'accouchée est dans un état particulier de réceptivité.

L'origine infectieuse de la folie puerpérale dans certains cas, est aujourd'hui à peu près démontrée et repose sur la série de constatations suivantes :

1° On avait été frappé, avant les découvertes microbiennes, de l'analogie de certaines formes de folie puerpérale avec le *delirium tremens*, avec les délires toxiques proprement dits. Nous avons observé, dans notre service,

deux types de folie infectieuse, deux jeunes filles atteintes de stupeur, l'une post-typhique et l'autre post-puerpérale. Toutes deux présentèrent longtemps les mêmes symptômes et guérirent à la même époque, après une assez longue période de stupeur, avec mutisme et gâtisme complet. Cette identité des symptômes et de la marche, qui avait été si frappante dans ces deux cas, nous semble plaider en faveur de l'identité de l'étiologie.

2° Il nous semble impossible que devant les statistiques de Hansen et des auteurs, montrant la coexistence des symptômes fébriles et infectieux avec le délire, on puisse parler d'une simple coïncidence.

3° La gravité du délire est liée le plus souvent à l'état infectieux. L'observation II en est un exemple.

4° Le début de la psychose (Fursters, 1885), coïncide très souvent avec l'apparition du mouvement fébrile ou peu après.

5° Enfin, la malade de la thèse de Faure dont le sérum fut examiné au point de vue bactériologique est plus qu'une constatation ; elle est une preuve.

L'examen microbiologique et lesensemencements pratiqués par M. Courmont ont donné les résultats suivants : *culture pure de streptocoques avec la pipette chargée de sang* ; cultures mixtes de streptocoques et de staphylocoques pyogènes avec les pipettes chargées de pus prises sur le col. Ce n'est pas impunément que le sang charrie des streptocoques, que les cellules cérébrales puisent leurs matériaux dans un milieu chargé de toxines.

L'infection crée donc, de toutes pièces, la folie chez les accouchées et n'agit pas comme une cause banale. Il n'est pas vrai de dire que toutes les puerpérales infectieuses

sont des prédisposées. Il y a des cas où la plus petite tare héréditaire ne saurait être découverte, et chercher jusqu'à la troisième ou quatrième génération un parent aliéné ou alcoolique nous semble exagéré.

L'infection produit la folie, et, chez une malade déjà aliénée, elle imprime encore son cachet spécial. Exemple : une malade qui, à l'occasion de symptômes survenus à la suite des couches, fut amenée à l'asile. C'était avant une anxieuse lypémanique et, lors de son entrée, une agitée incohérente.

Il n'est pas vrai de dire (3^e conclusion, th. Faure) que lorsque la folie débute sans fièvre à la suite des couches, on relève le plus ordinairement, dans les actes et les paroles de l'aliénée, des troubles psychiques, remontant à plusieurs mois et quelquefois à plusieurs années avant l'acte de la parturition. Pour nous, l'infection n'est pas la cause la plus fréquente, elle est ordinairement légère et n'agit qu'en produisant, ou plutôt en donnant un coup de fouet aux modifications organiques liées normalement à la grossesse. Autrement dit, à la suite des couches, il y a d'autres processus que l'infection capables de produire la folie, sans que le délire ait existé avant la grossesse.

Pas n'est besoin pour affirmer le diagnostic d'état puerpéral infectieux, d'une invasion bruyante avec cortège de symptômes fébriles. C'est là, sans doute, une forme clinique, mais elle n'est pas la plus fréquente. Elle s'observe (ou plutôt s'observait) dans les Maternités où on garde la malade comme fièvre puerpérale et le délire n'est qu'un symptôme accessoire. L'infection est manifeste, infection autrefois si fréquente avant les merveilles de l'antisepsie. Cette forme, grave quand elle débute ainsi, peut se ter-

miner par la mort si l'infection est redoutable, si la malade est déjà épuisée. C'est une septicémie avec délire plutôt qu'une folie puerpérale infectieuse.

2° Il s'en faut que l'infection affecte toujours pareille gravité et le type qu'on rencontre d'ordinaire dans les asiles a un autre début : l'invasion, en effet, est souvent peu bruyante, la température ordinaire avec quelques poussées fébriles ; il faut chercher la fièvre, prendre la température pour surprendre les brusques ascensions de la courbe ; il y a quelques suppurations, souvent faibles, de l'endométrite avec écoulement, plus ou moins purulent, et douleurs lombaires (obs. I), quelquefois graves, comme dans l'observation II. Dans cette forme, il faut donc avoir l'esprit prévenu.

3° L'infection peut être enfin insignifiante dans les premiers jours, rester latente, puis quelque temps après se réveiller. M. Hansen cite des cas de ce réveil tardif et M. Doléris l'appelle fièvre puerpérale tardive.

Dans ces trois formes à début différent, septicémie aiguë, infection chronique d'emblée, fièvre puerpérale tardive latente, toutes les formes de délire peuvent se rencontrer. Les deux dernières formes sont les seules ayant un intérêt au point de vue mental, parce que ce sont elles qu'on rencontre dans les asiles.

Aussi, et nous ne parlons pas seulement des nouvelles accouchées, mais des femmes enceintes et des nourrices, à n'importe quel moment, il faut soupçonner l'infection, de parti pris il faut la chercher, la dépister ; car il y a de nombreux cas où les autopsies furent démonstratives. Il faut s'attacher aux symptômes et en premier lieu la fièvre, puis les signes de septicémie, le faciès, la forme du délire quel-

quefois, les signes d'infection lymphatique ou, comme le prétend M. Lallier, d'infection veineuse plus fréquente (phlébite, endocardite, et toutes les maladies graves des suites de couches).

La folie puerpérale infectieuse se termine exceptionnellement par la mort, soit par la chronicité, guérison lente et incomplète quand l'atteinte a été forte, mais nous pouvons avancer que cette forme infectieuse, plus que la forme suivante auto-toxique souvent traînante, a un pronostic favorable et est suivie ordinairement d'une prompte guérison.

Nous avons parlé surtout de l'état infectieux post-puerpéral, parce qu'il est le plus fréquemment observé. Nombreuses sont en effet les chances d'infection, des déchirures vaginales, surtout une plaie placentaire, des sinus béants, des caillots utérins, des causes dues à la septicité des instruments.

Dans la lactation l'infection peut se produire sous forme de lymphangites ou de suppurations mammaires.

Dans la grossesse aussi, l'infection est possible, et peut se rencontrer, donnant naissance à des délires diffus, fébriles.

Par cet exposé général, on conçoit toute l'importance de ce facteur étiologique, si puissamment favorisé par les causes de débilitation et d'auto-intoxication que nous allons étudier, M. Régis, dans son rapport au Congrès de la Rochelle a pu émettre cette conclusion : « La folie puerpérale (délire passager ou vésanie) est au moins dans la grande majorité des cas une psychose infectieuse ; sans rejeter l'influence de l'hérédité, anémie, épuisement, choc mental, chagrin, une observation rigoureuse démontrera

que bien peu de folies ont lieu sans être précédées ou accompagnées d'infection. »

Action directe des microbes, indirecte des toxines, tel est le processus de l'infection donnant lieu ordinairement à deux aspects de délires :

1° Dans le stade fébrile, il y a délire hallucinatoire aigu, semblable aux délires toxiques proprement dits, au *delirium tremens*. Il paraît la conséquence de l'action de l'agent toxique.

2° Dans le stade post-fébrile, il y a de la confusion mentale qui paraît être le résultat de l'épuisement, de l'adynamie, d'un trouble profond de la nutrition, indirectement produit par l'agent toxique.

Ce dernier symptôme semble la caractéristique de ces états infectieux au point de vue psychique. Il est le résultat sans doute « de l'imprégnation, de l'inhibition temporaire des cellules cérébrales par les agents microbiens ». Cette confusion mentale relève, en effet, le plus souvent de l'empoisonnement ; elle est le type ordinaire des folies d'origine auto-toxique et infectieuse. Le début variable est généralement brusque ; c'est une agitation extrême avec perte complète de la conscience, puis, c'est un mélange déréglé d'accès d'agitation, de stupidité et de stupeur, de calme et de lucidité. Il y a perte de la mémoire, désorientation, perception fausse des sensations et des jugements, en un mot, grande variabilité du délire. Mais au milieu de ces formes si différentes, subsiste toujours un état d'affaiblissement intellectuel, reste toujours un fonds qui est la confusion des idées. Sur cet état de stupidité viennent se greffer des accès d'agitation maniaque, ou des accès de

stupeur et de mélancolie, qui donnent à la malade un aspect si variable, si polymorphe.

Cet état permet de remonter à l'étiologie quand il coexiste avec les signes somatiques. On a aussi dans la folie puerpérale infectieuse fréquemment le délire aigu, la démence même dans quelques cas. Quelquefois, ces deux formes se rencontrent en clinique, alternent. Elles dépendent de la même étiologie qu'il faut dépister sous des états presque caractéristiques par leur variabilité elle-même. Dans l'observation I, on trouve au début le délire aigu, l'excitation maniaque à laquelle ne tarde pas à succéder une période de stupidité. L'observation II, si intéressante, est le type de la folie puerpérale infectieuse. Chez cette malade, en effet, le diagnostic s'impose par suite des suppurations péri-rénales. L'état infectieux est évident : il s'y est greffé consécutivement de l'auto-intoxication par suite de lésions du rein. Chez elle, le début a eu lieu peu de temps après l'accouchement, brusquement, à la sortie de la maternité, par un délire aigu fébrile hallucinatoire. Puis, peu à peu le délire est devenu du type de confusion mentale, état dans lequel elle se trouve actuellement. Elle marmotte continuellement, changeant de sujets à chaque instant, mais doucement, sans faire le bruit de l'excitée maniaque. A travers cette confusion des idées, on peut prévoir une guérison prochaine ; car elle répond aux questions posées, mais pour repartir de suite dans son continuel marmottement.

Mais la confusion mentale n'est pas la seule forme clinique ; toutes les formes d'aliénation peuvent se rencontrer dans l'infection, la manie est fréquente, la mélancolie se rencontre aussi. Tous ces états sont variables, se succèdent

brusquement, sans qu'on puisse expliquer la cause de ce brusque changement, fait important au point de vue du traitement, qui, nous le verrons, ne diffère pas dans tous ces cas.

CHAPITRE III

Folie puerpérale auto-toxique.

MODIFICATIONS ORGANIQUES DE LA GROSSESSE. — RÔLE DE
L'HÉRÉDITÉ. — NÉVROSES ET URÉMIE. — ANALOGIE AVEC LES
ÉTATS CONVULSIFS. — FORMES DU DÉLIRE.

L'infection, nous venons de le voir, détermine du délire le plus souvent parce qu'elle donne lieu à des toxines, à des poisons solubles microbiens qui modifient le fonctionnement de nos cellules cérébrales; mais elle agit aussi indirectement en altérant les organes, en modifiant le fonctionnement du foie, des reins, en entraînant des phénomènes d'auto-intoxication. A côté des toxines infectieuses étrangères à l'organisme, se développant accidentellement, il est toute une série de poisons développés dans nos tissus, fabriqués par nos cellules elles-mêmes, constituant des produits de déchets, nuisibles au plus haut point, devant être éliminés rapidement sous peine d'intoxication. On l'a dit et redit après M. Bouchard, l'orga-

nisme est un laboratoire qui fabrique des poisons pour se tuer. Pour lutter, l'homme a toute une série d'émonctoires chargés de ce rôle important de l'élimination. On connaissait les dangers de l'anurie, de la constipation, du vernis cutané, de l'aménorrhée même, et il a fallu les travaux de l'école moderne pour montrer que l'urine était toxique, que les matières fécales, la sueur, la bile, le sang menstruel lui-même, l'étaient aussi.

La psychiatrie a largement bénéficié de tous les travaux (Féré, Voisin, Weill et Dubois). Il fallut faire intervenir dans l'étiologie de l'aliénation, la notion de la toxicité physiologique, variable sans doute chez les différents sujets, mais dans de certaines limites seulement. La toxicité plus grande du sérum indiquait nettement les cas où l'on pouvait attribuer la folie à une auto-intoxication. La toxicité urinaire devenait un élément nécessaire aussi, puisqu'il devait être en raison inverse de celle du sérum. On s'aperçut que cette inversion n'était pas constante, et que la toxicité de l'urine n'était pas le critérium absolu. Le rein n'est pas seul en effet à éliminer les déchets, il faut tenir compte des autres émonctoires.

Sans doute, la démonstration rigoureuse de l'origine auto-toxique de certaines folies, ne peut encore être faite, même à l'aide des procédés d'expérimentation. De plus, il est extrêmement difficile de mesurer la toxicité urinaire chez les aliénés, étant donnée l'impossibilité de conserver les urines de vingt-quatre heures. Peu familier avec ce genre d'expériences qu'il faut précises, on nous pardonnera de ne pas avoir cherché la toxicité physiologique de nos malades. Outre les difficultés matérielles, il faudrait tenir compte de l'état des autres émonctoires que le rein, il

faudrait envisager la résistance du sujet, la prédisposition car telle dose qui est toxique pour l'un, ne l'est pas pour l'autre, et il suffit de rappeler les différences individuelles pour la résistance à l'ivresse alcoolique.

Aussi n'est-ce pas de ce côté que nous chercherons un appui à notre théorie, mais nous nous adresserons à la thérapeutique. Dans le service du professeur Pierret, qui admet l'auto-intoxication comme facteur étiologique en aliénation, au début de notre internat, nous restions incrédule à cette conception que, par illogisme, on accepte pour d'autres états morbides en médecine.

On s'étonne que pour un délire, un mal de tête, de l'insomnie, il faille *fouiller* l'aliéné au point de vue physique, délaissant presque complètement la forme d'aliénation. Mais on voit des malades qui eussent été traités inutilement par la kyrielle des médicaments nervins ou calmants, s'améliorer et guérir. Chez un brightique bien soigné à qui on prescrira le lait, un climat chaud ; on évitera, et longtemps, la crise urémique qui doit l'emporter. Chez l'aliéné, il en est de même. Qu'on ne lise pas tous les aliénés, car il y a des lésions que l'on ne guérira pas, il y a des poisons microbiens ou autres qui ont laissé des traces indélébiles ; il y a des malformations congénitales dont nous ne parlons pas. Comment comprendre d'ailleurs cette marche à rechutes des héréditaires francs (*Mémoire* de MM. Brun et Taty, 1884). Comment comprendre qu'une même cause, l'hérédité, qui subsiste toute la vie, ait des effets passagers, la cause primordiale restant la même, il faut supposer des causes secondaires venant la renforcer, les causes secondes, ce sont les modifications de la réceptivité, le terrain rendu plus favorable, par l'épui-

sement et l'anémie par auto-intoxication et infection. L'hérédité est un facteur puissant dans l'étiologie de la folie, mais ce n'est pas le seul heureusement, et le plus souvent, pour ne pas dire toujours, elle ne fait que préparer l'organisme. Nous ne l'admettons que comme cause prédisposante si bien que la plus légère perturbation organique la fera agir. « L'hérédité, c'est cette prédisposition morbide plus ou moins mystérieuse » qui fait que tel alcoolique fera du délire alors que tel autre fera de la cirrhose hépatique ou des névrites périphériques. Mais enfin, même chez celui qui avait cette moindre résistance du cerveau, il est probable qu'il n'eût pas déliré sans son funeste penchant pour l'alcool.

Pourquoi sans cesse étaier cette unique doctrine de l'hérédité psychopathique qui a été longtemps la seule cause reconnue de la folie puerpérale, doctrine décourageante s'il en fut, ingrate par excellence, funeste souvent, inutile toujours. Qu'on explique les mélancoliques guéris ou améliorés par un traitement contre la constipation, ou par des antiseptiques intestinaux (M. Pierret: th. Feyat sur *La Constipation*, 1890; th. Dévay sur *La Dilatation de l'Estomac*, 1892), des insomniaques guéris sans opium ni chlôral par un régime lacté, des attaques apoplectiformes enfin par un lavement purgatif ou un lavage de la vessie. Cependant la plupart de ces malades délirants étaient des héréditaires, des prédisposées. N'est-ce pas la preuve indirecte sans doute, mais convaincante et frappant mieux l'esprit, de ce que nous avançons au sujet du rôle secondaire de l'hérédité, du rôle prépondérant de l'intoxication dans les psychoses et en particulier dans celles liées à la puerpéralité.

Quelles sont les modifications dans l'organisme qui peuvent produire ou favoriser cette intoxication ? Que deviennent en un mot nos organes pendant la grossesse ou après, notamment le foie et les reins si importants pour l'élimination des déchets cellulaires, résultats des combustions qui s'opèrent autour de la cellule, dans le milieu chimique que lui forment les humeurs dont elle est baignée et qui lui donnent autant qu'elles reçoivent d'elle.

Le foie subit parfois, dans la grossesse, des poussées congestives et même des dégénérescences graisseuses étudiées dans la thèse de M. Tarnier, Paris, 1857. On observe parfois même l'ictère grave et l'atrophie aiguë. Outre les modifications physiologiques de la grossesse, il peut par le fait d'une infection avoir des lésions plus profondes surtout s'il est déjà altéré.

Les reins, sans être lésés profondément, ne sont pas complètement sains. Les modifications de l'urine en sont la preuve. L'albumine y est très fréquente, ordinairement due à l'hypertension sanguine, mais quelquefois à une altération rénale, l'excrétion d'urée est plus grande. Il y a de l'hyperémie rénale, de la compression des veines, émulgentes et des uretères. Comme le fait remarquer M. Dieulafoy, il y a des femmes qui ont eu des lésions rénales légères avec de longs silences, mais vient une grossesse et une période aiguë éclate avec toutes ses conséquences. L'infection puerpérale enfin peut toucher le rein et aggraver encore la situation prolongeant ainsi la durée du délire (voir notre obs. II des folies infectieuses).

La grossesse par le volume de l'utérus entrave le libre jeu des poumons, d'où échanges respiratoires incomplets.

La constipation est habituelle, les troubles digestifs sont fréquents.

Le sang enfin subit de profondes modifications. Le nombre des globules est diminué, le fer est en quantité moindre, la masse aqueuse du sang est augmentée.

Sans entrer dans de plus longs détails, on a pu remarquer que d'un côté il y a augmentation de la toxicité des humeurs, puisque le foie et le rein sont malades, et d'un autre côté il y a résistance moindre, puisque le sang a une vitalité diminuée.

L'intoxication est donc plus facile. On pourra avoir une éclampsie ou un délire hépatique, rénal selon que tel ou tel émonctoire sera en cause. En clinique, tout est touché, plus ou moins il est vrai, et les intoxications sont mixtes.

L'urémie donne lieu à toute une série de manifestations morbides, depuis le « simple mal de tête jusqu'au plus théâtral délire hallucinatoire » à des convulsions, à de la folie. Chez la femme enceinte ou l'accouchée, on observe en effet l'éclampsie ou l'aliénation : on a l'urémie convulsive et l'urémie délirante. Dès à présent, nous pouvons diviser le délire appelé post-éclamptique en trois formes :

1° Il peut avoir son début immédiatement *après* les convulsions ou un, deux, trois jours après ; directement après elles ou être précédées d'une période de coma.

2° Quelquefois le délire *semble remplacer* l'attaque éclamptique. Exemple : la malade qui présente tous les prodromes de l'éclampsie, chez laquelle on prédit l'attaque et qui eut un délire avec agitation maniaque.

3° Enfin parfois le délire *alterne* avec les convulsions. En résumé, éclampsie et délire coexistent ou ont des rapports intimes : la folie peut apparaître sans que jamais il y

ait eu convulsions, et cependant la cause est manifestement toxique : il y a, en effet, identité des symptômes psychiques avec ceux des autres intoxications, il y a identité d'étiologie entre les phénomènes délirants et moteurs.

La même théorie s'applique aux convulsions éclamptiques et à certaines formes de folie puerpérale. L'une et l'autre ressortissent à l'infection et à l'auto-intoxication. Cette coexistence de troubles moteurs et psychiques n'offre-t-elle pas de l'analogie avec les névroses. Celles-ci ne seraient-elles pas en dernière analyse une urémie latente, comme le professe M. Pierret? Est-ce que l'hystérie, l'épilepsie et l'urémie ne seraient pas les différents signes d'un même processus? C'est là une question d'une haute importance qui mérite bien d'être discutée en passant à propos de notre sujet. Ne serait-ce que pour montrer une fois de plus que délire et mouvements convulsifs sont des symptômes de même valeur et de même origine. On s'étonnera moins alors du rôle de l'éclampsie dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, on pourra comprendre notre observation V d'hystérie secondaire.

L'urémie n'est qu'une auto-intoxication par insuffisance de dépuración, soit que la circulation des centres nerveux soit défectueuse, soit que l'état des émonctoires soit imparfait. Nos tissus, habitués à un milieu déterminé, s'accommodent mal des changements dans la composition du liquide humoral, et les reins sont là qui évitent ce danger, et éliminent les poisons dans ce laboratoire qui est le corps humain. Les reins sont là, mais aussi la peau, les poumons, le foie, l'intestin et les organes génitaux chez la femme (flux cataménial). Que l'un ou que plusieurs de ces

émonctoires soient insuffisants ou même supprimés, les autres sont impuissants à débarrasser l'organisme de ses déchets et des poisons étrangers, il y a intoxication du sang, il y a « cette polytaxie qu'on appelle urémie et qui est la rétention de substances dont la plupart s'éliminent d'ordinaire par les reins.

Il en résulte des accidents :

1° Les uns d'origine mécanique. Spasme vasculaire¹ qui peut produire par anémie des convulsions et du coma (Kussmaul et Tenner ; Barteh).

2° Les autres et les plus importants d'origine toxique.

On se trouve alors en présence d'une cellule intoxiquée et privée en partie de liquides nutritifs. Elle va réagir contre ces toxines, selon ses aptitudes physico-dynamiques. Telle cellule urémique fera des convulsions à formes cloniques ou tétaniques, telle autre fera du délire². Tous ces troubles ne les trouve-t-on pas dans les névroses, je ne parle bien entendu que du plus grand nombre de cas, l'épilepsie n'est pas une, c'est un syndrome commun à des irritations périphériques générales ou sympathiques, à des irritations centrales (tumeurs et abcès), à des intoxications. C'est de celles-là seulement que je veux parler. Dans l'épilepsie ne voit-on pas cette succession de convulsions cloniques et toniques, ces impulsions et ces délires. Tout cela ne sent-il pas l'intoxication ? N'est-ce pas là l'allure d'un poison qui s'élimine sous forme de décharges ? L'épileptique ne paraît-il pas semblable à l'urémique, par

¹ Cuffer. Altérations du sang de l'urémie, 1878,

² Pierret, Jules Bouvat. Urémie délirante (folie de Bright), th. Lyon, 1883, — Féré. Les épilepsies et les épileptiques,

exemple pour les convulsions. Chaque épileptique doit avoir sa formule, sa dose de poison au delà de laquelle il s'en débarrasse par décharges motrices ou délirantes. L'hystérie offre les mêmes considérations et présente tant de points de ressemblance avec l'épilepsie, qu'il semble plus scientifique de les réunir sous le nom d'états convulsifs, au lieu d'employer les termes d'hystéro-épilepsies, d'épileptisants ou d'épileptoïdes. Tous ces états ne sont que des degrés divers avec tous les intermédiaires, l'hystérie étant un degré moindre de l'insuffisance de la dépuration, de l'urémie en un mot. C'est toucher sans doute un point délicat et, bien loin de nous, est la prétention de clore le débat. L'hypothèse en est grandiose et féconde, et cependant il nous semble que cette théorie est bien près d'être démontrée. Nous pouvons énumérer différentes raisons en sa faveur qui sont presque des preuves.

1° En tête de tous ces états convulsifs, l'on trouve toujours un poison, qu'il soit microbien, qu'il soit produit de déchet de nos tissus, qu'il soit étranger à l'organisme et ingéré, comme l'alcool.

2° De toutes ces affections diathésiques, infectieuses, de ces absorptions de toxiques, le fait saillant, c'est qu'elles retentissent sur l'organe éliminateur par excellence, le rein; toutes irritent le parenchyme rénal, et ce traumatisme cellulaire (J. Teissier ¹) se traduit par l'albuminurie. Cette albumine se retrouve dans les névroses, pas constamment il est vrai, mais combien grande est la série des poisons, combien variables doivent être les lésions. Les

¹ J. Teissier (Crespin, th. Lyon, 1891).

travaux de MM. Bouchard, J. Teissier, Rabenau¹, Kœppen², Weill et Dubois³, ont établi tour à tour la fréquence de l'albumine et surtout de l'hypotoxité urinaire. Cette dernière, il est vrai, plus importante encore que la présence de l'albumine ne se rencontre pas dans tous les cas, quoiqu'il y ait empoisonnement.

La théorie n'en est pas moins juste, ce sont nos moyens d'expérimentation qui sont imparfaits. « La toxicité du liquide humoral, notamment du sang, voilà le critérium à connaître. Dans les états convulsifs, il est hypertoxiqué, et alors, les urines doivent être hypotoxiques, et si leur toxicité est normale, ou même augmentée, c'est qu'il y a eu suppression de fonction dans un ou plusieurs organes éliminateurs et que le rein supplée à cette insuffisance⁴. »

Hypertoxité du sang, telle est la caractéristique de tous ces états convulsifs et délirants. L'éclampsie est de l'épilepsie aiguë, l'hystérie est de l'épilepsie atténuée. Et M. Féré ne craint pas de dire observations en main : « Souvent on voit l'épilepsie idiopathique succéder à des attaques éclamptiques développées dans le cours d'une albuminurie consécutive à une scarlatine.

L'éclampsie délirante et convulsive établit donc la liaison entre les névroses et l'urémie. Les formes cliniques différentes sont dues à des réactions différentes des sujets, à des altérations du sang différentes, à des différences de durée,

¹ Dr Rabenau. Vorläufige Missfeilung, Arch. f. Psychiat., IV. Band Hafl.

² Kœppen, janv. 1888. Congrès de Neurologie de l'Allem. S. O.

³ Weill et R. Dubois, Congrès de méd. légale, Lyon, 1891.

⁴ Teissier. Th. Edmond Faure. 1891. Urémie paralytique.

d'intensité d'action des toxines de l'économie. « L'épileptique est un urémique chronique dont les voies d'élimination sont libres. » Thèse citée de Faure.

3° Une notion intéressante découle de cette explication pathogénique de l'épilepsie : nous voulons parler de l'état de mal, de la crise en série. De même que nous avons vu avec M. Féré que l'épilepsie idiopathique pouvait succéder à l'éclampsie, nous pouvons ajouter que l'inverse se produit dans certains cas de crises en série. Quelle en est la cause? C'est une intoxication, une infection surajoutée venant augmenter encore les toxines existantes ; c'est un émonctoire de plus qui se trouve pour ainsi dire fermé. En présence d'un cas semblable, il faut donc chercher la cause à fond, de parti pris, et le plus souvent vous aurez un chapelet de matières fécales, une vessie pleine, ou une auto-intoxication quelconque. Traitez cette cause et l'état de mal que vous auriez vu se terminer par la mort, ou se prolonger indéfiniment, disparaîtra presque immédiatement par un purgatif et du naphthol, par un cathétérisme et un lavage de la vessie. Nous avons pris, durant notre internat, cinq observations absolument démonstratives, dont une chez une hystéro épileptique.

4° Enfin, et c'est là ce que nous voulons surtout mettre en vue, délire et convulsions, crises psychiques et convulsives dépendent de la même cause. C'est un fait connu que tel épileptique a des impulsions, tel autre des attaques, tel a tantôt l'un, tantôt l'autre. M. Pierret a insisté sur ces phénomènes de remplacement et a montré que l'on pouvait à volonté remplacer tel symptôme par tel autre. Il est préférable qu'un convulsivant ait des attaques plutôt que des impulsions ordinairement dangereuses ; or on

sait que l'atropine augmente l'excitabilité du cortex. Donner la belladone à un épileptique impulsif, c'est favoriser les décharges de toxines vers les centres moteurs, c'est déchaîner les convulsions, c'est ouvrir une écluse de ce côté, et l'on a pu ainsi transformer un impulsif délirant en un convulsivant.

L'épilepsie est ordinairement une intoxication favorisée par différentes causes qui toutes sont un embarras dans l'expulsion des toxiques fabriqués par l'organisme. Chaque épileptique a son convulsivant. L'hérédité, facteur si important dans la genèse des états convulsifs, n'agit qu'en transmettant une cause de gêne dans les voies de départ : ce sont des scléroses ordinairement de l'enfance, de l'éburation de diploé, d'où obstacle à la circulation, des méninges épaisses par suite d'inflammation, des lésions cellulaires qui font que la cellule n'est plus apte à éliminer ses poisons et qu'elle s'intoxique elle-même. Les états convulsifs s'expliquent ainsi facilement et par cette théorie on comprend facilement des cas d'épilepsie consécutive à la puerpéralité, des cas comme celui de l'observation V d'hystérotocie secondaire. On trouve souvent noté dans les observations même de Marcé des crises épileptiformes, des tendances cataleptiformes comme dans la nôtre, il n'y a pas lieu de s'en étonner et de parler de tempérament nerveux. C'est de l'épilepsie, c'est de l'hystérie passagère souvent, parce qu'il n'y a pas de disposition héréditaire durable. Mais l'explication reste la même pour tous ces états.

Il ressort de cette étude de l'assimilation des névroses à l'urémie cette conclusion importante que nous tenons à faire remarquer : il n'y a pas lieu de s'étonner de la coexis-

tence fréquente de l'éclampsie chez les aliénées puerpérales, de donner l'éclampsie comme facteur étiologique et de parler de folie post-éclamptique. L'éclampsie et le délire sont dus à la même cause : l'infection et surtout l'auto-intoxication.

Quant à la forme de délire que l'on observe le plus souvent, c'est l'état de confusion mentale. Dans nos observations ordinairement nous avons eu de la stupeur.

Les malades restent indifférentes et apathiques comme notre malade de l'observation III, le mutisme est complet pendant une longue période. Brusquement elle s'améliore conservant encore quelque temps du gâtisme, une tendance aux impulsions, puis guérit rapidement.

Notre observation II est une forme de confusion mentale liée actuellement aux altérations rénales consécutives elles-mêmes à un état infectieux.

Enfin notre malade V offre la forme stupeur; elle se laisse nourrir à la sonde œsophagienne, reste immobile toute la journée, conserve à ses membres indéfiniment la position qu'on veut leur donner au point de tenir l'irrigateur et la sonde alors qu'on la nourrissait. Crises éclamptiques nombreuses, stupeur, état cataleptique se retrouvent chez elles et permettent de prononcer le mot d'hystérie secondaire.

Ces formes dues à l'auto-intoxication, quand elles ne relèvent pas d'une constipation ou d'une rétention d'urine passagères, sont souvent traînantes, et la malade, en général dans la stupeur, demande à être surveillée au point de vue de l'alimentation. Il n'y a pas de fièvre, plutôt une tendance à l'hypothermie. On soupçonnera qu'on est en présence d'une folie puerpérale d'origine auto-toxique par

la coexistence de l'éclampsie quelquefois, par l'examen des urines au point de vue de l'albumine et de la toxicité, par l'absence de signes d'infection, par l'étude détaillée de tous les organes, surtout du rein et du tube digestif. On ne trouvera quelquefois que le cæcum rempli de matières fécales, mais il ne faut pas oublier que cela est suffisant pour entraîner des mélancolies auto-toxiques qui sont quelquefois à forme aiguë.

CHAPITRE III

Folie puerpérale due à l'épuisement. Anémie.

BONS EFFETS DES TONIQUES ET DU RÉGIME. — INFLUENCE DE
L'ALLAITEMENT.

Dans les chapitres précédents plus d'une fois nous avons eu l'occasion de parler d'épuisement et de débilitation physique. Mais cet état ne jouait alors dans la pathogénie des cas précédemment étudiés qu'un rôle accessoire. Elle ne faisait que préparer le terrain à l'infection ou l'intoxication; elle ne faisait qu'assurer la réceptivité. Il n'en est pas de même des formes que nous allons étudier où l'examen le plus complet, l'observation la plus rigoureuse ne peut révéler que cette seule et unique cause l'anémie. Hippocrate, qu'on est obligé de citer à propos de tout en médecine, avait vu déjà la relation entre la folie et les états cachectiques. *Sanguis ad insaniam facit,*

quum sit nimis dissolutus. Sydenham avait aussi insisté sur la relation entre la chlorose et l'anémie et différents symptômes nerveux, notamment la dépression intellectuelle. En 1845, Félix Bourreau et surtout en 1863 M. Voisin dans son *Mémoire sur la mélancolie* traitèrent encore cette question. Trousseau dans sa *Clinique médicale* fait dépendre les troubles psychiques du cerveau privé de son excitant naturel qui est le sang. Nous ne pouvons passer sous silence l'opinion de Griesinger qui résume bien l'état actuel de la question sur le rôle étiologique de l'anémie dans les psychoses : « Souvent, dit-il, les maladies constitutionnelles chroniques sont la cause du développement de la folie. Au premier rang, parmi ces maladies, il faut ranger tous les états d'épuisement et d'anémie consécutifs à une perte de sang considérable, à la misère et à la faim, à des jeûnes exagérés, à l'allaitement trop prolongé, ou enfin à différentes maladies générales ou locales qui amènent une grande perturbation dans la digestion, l'hématose et la nutrition. Parmi toutes les causes purement physiques, je crois que c'est à ces états si divers d'anémie, qu'il convient peut-être de rapporter la plus grande part dans la production de la folie. »

Nous avons dit déjà ce que nous pensions de l'hérédité comme cause primordiale de la folie. Nous voulons aussi éloigner un autre facteur si important dans les ouvrages anciens, notamment celui de Marcé, les émotions morales. On ne les admet plus aujourd'hui comme jouant un rôle de première importance, mais un rôle indirect. Nous pensons, nous aussi, que la tristesse est malade, qu'elle est un symptôme, une conséquence de l'appauvrissement du sang, de l'anémie elle-même.

« Les rêves de fortune, les ambitions déçues, les ennuis et les chagrins de toutes sortes, conduisent peu à peu par les insomnies, par la perte de l'appétit et par les troubles de la nutrition à l'épuisement cérébral. » (Chataelain, *De la Folie*, 1889.)

Il n'entre pas dans le plan de notre travail d'apporter des preuves en faveur de la théorie anémique de certaines folies, acceptée aujourd'hui assez généralement et défendue dans la thèse de notre ami le D^r Viallon, *Anémie et mélancolie chez les jeunes filles*. Il nous suffit de montrer que certaines formes de psychoses puerpérales sont justiciables de cette explication. On conçoit facilement que le défaut de nutrition des cellules cérébrales modifie le fonctionnement des actes cérébraux et de l'intelligence. A l'appauvrissement du sang se joignent sans doute d'autres facteurs étiologiques dont il est difficile de faire la part. L'insuffisance d'irrigation sanguine des cellules nerveuses aboutit au même résultat que l'insuffisance d'élimination des produits de déchets. Insuffisance d'apport, insuffisance d'élimination doivent se combiner plus ou moins, mais selon que l'une ou l'autre prédomine on a l'anémie, on a l'auto-intoxication encore ici, étant donnée la fréquence de l'anémie et la rareté des troubles mentaux qui lui sont directement liés, il faut admettre l'insuffisance de la prédisposition morbide, mais simplement comme cause adjuvante. Nous nous sommes suffisamment expliqué à ce sujet.

Nous avons pris le mot anémie dans le sens vulgaire du mot, dans le sens d'épuisement, d'insuffisance de la nutrition, comprenant toutes les modifications dyscrasiques du sang, la déchéance organique ne relevant pas

directement de l'infection ou de l'auto-intoxication. Nous n'avons pas compté le nombre des globules rouges, ni mesuré la richesse en hémoglobine qui sont diminuées dans les observations des auteurs, car depuis que nous avons eu l'idée de notre travail, il ne nous a pas été donné de voir une malade chez laquelle l'épuisement seul pouvait être incriminé.

Le délire qui relève de l'anémie a une forme presque spéciale. Nous sommes loin d'accorder à la forme délirante une grande importance, mais on ne peut s'empêcher de remarquer que l'épuisement physique, outre les signes somatiques faciles à distinguer, peut être dévoilé par la forme même du délire, qui est un état de dépression mélancolique. De plus, l'anémie a une action durable comparée à celle de l'infection. La nutrition des centres nerveux se fait mal, l'irrigation sanguine étant insuffisante ou même altérée, il en résulte un état de neurasthénie, de faiblesse irritable qui est comme prodermique ; puis peu à peu la mélancolie s'accroît, et la malade arrive à être dans un état de stupeur assez net. On note un certain air d'hébétude mêlé de crainte, de la lenteur dans les réponses, un sentiment d'abattement et de tristesse ; il y a tous les intermédiaires entre la mélancolie simple et la lypémanie stupide (Cullère). Cet état de stupeur est une marque de l'atteinte plus profonde dans la nutrition de l'encéphale et comme tel a une certaine valeur pronostique.

Mais il est important de ne pas oublier qu'à côté de cette forme mélancolique prédominante, on observe des accès de subexcitation ou d'agitation maniaque, reconnaissant la même cause que la mélancolie elle-même. De plus,

M. Griesinger l'avait déjà noté dans son *Traité des maladies mentales*, il y a fréquemment des hallucinations de la sensibilité générale ou spéciale dans les états d'épuisement organique. Tel est l'état mental qui nous paraît appartenir à cette forme pathogénique de folie puerpérale et qui souvent mettra sur la voie du diagnostic précis. A lui s'ajoutent encore des signes organiques importants, tels que insomnie, céphalalgie, troubles digestifs et menstruels qui précisent encore le sens du traitement et il est important, selon nous, d'avoir cette notion étiologique, car ces accès maniaques qu'autrefois on traitait par des saignées copieuses et répétées, sont justiciables au même titre que la dépression intellectuelle de la médication tonique et reconstituante.

L'observation V est une forme de folie liée à l'épuisement, c'est une forme de stupeur avec accès d'agitation et idées de persécution. Ce qui prouve bien que l'anémie était en cause, c'est que l'amélioration a daté du moment où on lui a coupé son lait et prescrit les toniques. C'est là la première conduite à tenir chez ces femmes où l'anémie paraît la cause de la folie. En supprimant l'allaitement, c'est-à-dire une déperdition importante, on guérit les nourrices, car c'est à la période de la lactation que l'on rencontre le plus souvent la folie liée à l'épuisement.

En résumé, dans certaines psychoses et dans celles qui nous occupent actuellement, on ne peut invoquer comme cause que l'état de déchéance physique. Il n'est pas inutile de faire remarquer que, dans la folie puerpérale, à côté de l'épuisement physique, il y a lieu de faire intervenir l'épuisement nerveux : la femme enceinte, l'accouchée, mais surtout la femme qui nourrit son enfant, sont

dans un état d'anémie bien connu. L'état de langueur avec lipothymies et vomissements le prouve au début, enfin la sécrétion si abondante de la mamelle n'est pas sans conséquences sur l'état physique et l'appauvrissement du sang de l'accouchée. La plupart des femmes pendant l'allaitement ont le facies anémique. Celles qui au moment de l'accouchement ou surtout après la délivrance ont eu des hémorragies abondantes, sont plus que toutes autres, exposées aux troubles physiques.

1° Depuis longtemps on connaissait les bons effets d'un régime réparateur et nourrissant. Marcé avait cité des cas de nourrices délirantes guéries rapidement par une bonne nourriture et des toniques.

2° Le contraire de la proposition précédente s'observe souvent dans l'examen journalier des malades. Ce sont des rechutes dès que la malade n'est plus soignée comme nous venons de le dire, ce sont les aggravations lorsqu'une puerpérale refuse la nourriture et que le médecin est obligé de la nourrir à la sonde œsophagienne, moyen utile sans doute, mais imparfait et insuffisant. En un mot, la mauvaise alimentation et la misère ont de mauvais effets sur les malades et aggravent leur état.

3° Esquirol avait montré déjà le rôle de l'épuisement par une statistique des folies aux différentes périodes, dans les deux classes de la société. Il arrivait à cette conclusion que les folies liées à la lactation sont bien plus fréquentes dans la classe pauvre.

4° Enfin nous pouvons encore ajouter une autre preuve de l'influence de l'anémie, en montrant qu'il y a des femmes affaiblies par la lactation, qui, bien soignées, se rétablissent assez rapidement et ont des rechutes chaque

fois qu'elles essaient de nourrir. Cela se rencontre chez des malades sans antécédents, qui ont des rechutes dans la même lactation. Il y en a d'autres qui sont aliénées chaque fois qu'après un accouchement elles veulent donner le sein, et qui, au contraire, ont des suites de couches heureuses dès qu'elles prennent une nourrice mercenaire.

La forme de l'anémie, sans être caractéristique, se rencontre fréquemment, nous avons vu qu'elle peut mettre sur la voie du diagnostic et par suite du traitement. Le plus souvent en effet on observe de la mélancolie et de la dépression. C'est la note dominante de cet état, comme la confusion mentale dans les délires, toxi-infectieux.

Les accès maniaques qui peuvent couper la phase mélancolique sont excessivement courts ; il nous a paru intéressant de chercher dans les observations de Marcé de la période de lactation, les cas de manie, je parle des observations complètes, et il nous a été possible de faire un diagnostic rétrospectif et de démontrer que beaucoup de ces cas d'excitation maniaque ne sont pas uniquement dus à l'état anémique comme il le prétend.

De l'observation LX : Manie développée chez une nourrice, il est permis de supposer un état d'anémie aiguë. Mais la forme du délire, l'agitation extrême, les lèvres sèches et fuligineuses, l'engorgement d'un sein permettent aussi de songer à l'infection. Celle-ci n'est pas douteuse dans l'observation LXII. L'état infectieux est manifeste et en lisant l'observation de Marcé, on peut porter le diagnostic. D'abord le début a lieu quinze jours après l'accouchement, il y a trois abcès mammaires, il y a une grande exaltation avec délire et quelques intervalles lucides. C'est de la confusion hallucinatoire aiguë :

Dans le courant de juin, dit l'observateur, les abcès finirent par se tarir, l'exaltation se calma insensiblement, ce n'est qu'à la fin de juillet que la guérison complète eut lieu.

Il faut se fonder pour établir ce diagnostic de folie anémique sur l'étude détaillée de la malade : la forme du délire, la période d'apparition, la coexistence de signes d'affaissement physique, constituent de fortes présomptions en sa faveur, quand on aura éliminé soigneusement la possibilité d'infection ou de phénomènes auto-toxiques.

En résumé, nous dirons que l'épuisement se rencontre comme cause unique dans certaines formes de folie puerpérale. Bien plus, la grossesse, l'accouchement et surtout la lactation sont des causes débilitantes et sous l'infection ou l'intoxication, il faut toujours chercher l'anémie, ou plutôt toujours la combattre. Il y a parfois de légers troubles qu'il faut dévoiler au début, supprimer alors l'allaitement d'une façon graduelle, ordonner le calme complet et prescrire des toniques. Enfin nous dirons avec M. Fergusson qui parlait de la folie en général consécutive à l'épuisement (1892). Ce pronostic est assez favorable si le traitement a été énergique dès le début, surtout si l'on s'est efforcé de faire dormir la femme, de l'alimenter, et de la placer dans un milieu calme physiquement et moralement.

CHAPITRE V

Délire par irritation réflexe (?)

SON ORIGINE, SON CARACTÈRE PASSAGER, FOLIE TRANSITOIRE DU TRAVAIL.

Il faut lire les travaux d'Hippocrate pour voir le rôle important que les anciens faisaient jouer à la matrice. Au xvi^e siècle, dans un passage où le scepticisme du curé de Meudon est doublé de l'esprit clinique du médecin de Montpellier, Rabelais rappelle aussi cette action prépondérante de cet « animal tout nerveux et de vif sentiment ». Pour ces auteurs anciens, l'utérus agissait par un mécanisme peu compréhensible et Marcé, dans son *Traité*, parle longuement de l'influence sympathique de l'utérus.

Dans la thèse du D^r Azaïs, sur l'éclampsie puerpérale, à côté d'une forme toxique, il y a décrite une forme utérine d'origine réflexe. Nous avons jugé convenable d'en faire de même pour l'aliénation. Nombreux sont les cas de

folies liées directement aux maladies des organes génitaux (Rotré), liées au prolapsus utérin (cas de Guislain, cas de M. Pierret.)

En 1873, Mauriceau écrivait que l'éclampsie était due à l'excitation utérine « à cause de la grande douleur que ressent la matrice qui est toute nerveuse, toute excitée par l'extrême distension qu'en fait l'enfant, laquelle douleur se communique, quant au cerveau, avec le sang échauffé qui s'y porte en abondance. » Cette excitation utérine n'a d'ailleurs rien d'impossible, étant donné que les organes génitaux de la femme « sont des viscères richement dotés au point de vue de l'innervation viscérale et qui ont, à l'état normal, un réentissement considérable sur le sensorium. » (Luys, *Annales de Psychiatrie et d'hypnologie*, 1893). M. Playfair expose la même idée sous une forme plus frappante : « Le médecin regarde comme insignifiante l'application d'un pessaire, mais un pessaire n'agit que trop souvent sur le cerveau. » (Des complications nerveuses des maladies utérines, *Lancet*, 1891). Enfin, disons qu'il est des organes doués d'une sensibilité obtuse à l'état normal, qui peuvent pathologiquement être d'une exquise sensibilité.

Essayons de montrer que l'on peut admettre une irritation réflexe comme cause de délire dans certains cas. Nous ne parlons pas des observations de Marcé, dans lesquelles l'aliénation, développée pendant la grossesse, disparaît avec elle. Ces cas, ils sont typiques, dépendent des modifications physiques que la grossesse imprime à l'organisme et sont justiciables de la théorie de l'auto-intoxication ou de l'épuisement.

Il ressort de ce bref historique, qu'on peut être fondé

à accepter notre hypothèse, dans quelques cas seulement, que nous allons essayer de définir.

Cette forme de folie puerpérale ou plutôt de délire puerpéral a pour caractéristique d'être produite par un réflexe utérin, soit pendant la grossesse, soit surtout pendant le travail.

Nous ne pouvons citer des cas de folie de la grossesse due à cette cause, mais au moment de l'accouchement, cette forme est assez fréquente. La douleur extrême due à l'expulsion du fœtus, la distension de l'utérus, tout cela doit agir par réflexe sur le cerveau. Ce délire est donc d'origine purement nerveuse, et c'est là son premier caractère. Il est préparé par l'état de surexcitation dans lequel se trouve l'accouchée, par l'état de fatigue, de faiblesse irritable, de susceptibilité toute spéciale de la femme pendant l'état puerpéral, qui l'a fait de tout temps entourer d'une protection particulière au point d'entraver pour elle l'action des huissiers et des gens de justice. (Van Swieten.)

On conçoit que cet état particulier s'observe à un plus haut degré chez la primipare, toute nouvelle à la douleur de l'enfantement, et M. le D^r Jamain, chef de clinique à la Charité, va jusqu'à dire que presque toutes les primipares ont, lors du travail, un moment de folie. La femme qui accouche, énermée déjà par tant de souffrances dont elle ne comprend pas l'utilité, épuisée par la grossesse et souvent par les veilles et les émotions, ne résiste pas à la douleur finale. C'est une excitation par trop forte pour son cerveau déjà affaibli. C'est un ébranlement excessif que ses cellules, déjà fatiguées, ne peuvent supporter ; il en résulte un acte d'inhibition, un arrêt dans leur

fonctionnement, peut-être un trouble dans la circulation.

La malade entre alors dans un état d'exaltation extrême criant et gesticulant sans motifs, grossière, elle alors si douce. D'autres restent comme indifférentes, même aux fortes douleurs, regardant d'un œil vague les personnes qui les entourent, repoussant le petit être qu'elles viennent de mettre au monde, hébétées et stupides. Elles ont perdu absolument le souvenir de ce qui s'est passé.

Un autre caractère appartient à cette forme : c'est que cette excitation maniaque, cette stupeur ou cette confusion mentale n'est que transitoire. Ce n'est pas un vice de nutrition, un empoisonnement qui a arrêté pour longtemps le dynamisme cellulaire, c'est un choc, il y a arrêt, mais non lésion ; il y aura guérison dès que la cause, et elle est fugace, aura disparu sans laisser des traces indélébiles ou durables comme précédemment. Nous en citons un cas qui nous semble rentrer dans notre classe, car dans cette observation due à la bienveillance du D^r Jamain, prise avec soin, il n'y a eu à aucun moment ni température, ni suppuration, ni albumine.

Ce délire par irritation ne dure quelquefois que quelques secondes et l'on conçoit l'importance de tous ces faits au point de vue du médecin légiste. Quelquefois il dure quelques heures, mais toujours il est passager. Loin de nous l'idée que tous les délires transitoires sont dus à cette cause ! que nous n'admettons que faute de mieux. Les folies liées au travail durant deux ou trois jours nous semblent relever ordinairement d'une infection passagère. Peut-être, l'état de plénitude de l'utérus, par suite de l'irritation peut-il expliquer les bizarreries de caractère et les envies de la grossesse. Cependant il nous semble

qu'il faut invoquer encore ici l'auto-intoxication liée aux troubles digestifs si fréquents au début de la grossesse, et à la constipation habituelle.

On observe souvent des accès maniaques à la suite d'une rage de dents. On est, le vulgaire le dit, quelquefois fou de douleur et le délire transitoire du travail pourrait bien relever de cette étiologie.

CHAPITRE VI

Formes aux différents moments de la puerpéralité.

Nous avons, dans les chapitres qui précèdent, essayé de donner une classification pathogénique. Essayons aussi de reprendre la femme dès le début de sa grossesse et, la suivant jusqu'au sevrage, voyons quelles sont les causes qui, à certain moment, paraissent avoir le plus d'action. Autrement dit, étudions les formes cliniques de la folie puerpérale aux divers moments de la puerpéralité. Il n'est pas vrai de dire, comme Marcé, que toutes ces formes se développent sympathiquement sous l'influence d'un état particulier des fonctions génitales, et que ce qui prouve l'identité de leur nature, c'est que les mêmes femmes peuvent à des grossesses différentes, devenir aliénées, soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement, soit pendant la lactation.

A. *Dans la grossesse* on signale assez rarement la folie (10 pour 100), mais de tout temps, et dans le peuple

on le sait bien, la femme enceinte a des obsessions et des hallucinations. Tout le monde connaît leur tendance au vol, leurs envies, faits si importants en médecine légale. Ces bizarreries de caractère, ces obsessions se rencontrent à tous les moments de la grossesse, mais surtout du quatrième au septième mois.

On observe d'autres fois de la manie, mais le plus souvent une forme mélancolique avec des idées de persécution.

Etat irritable avec obsessions, excitation maniaque, dépression mélancolique, telles sont les formes de folie que la femme enceinte peut revêtir. Ces envies bien connues sont de la folie au même titre que l'accès maniaque, ne sont pas susceptibles d'une autre explication que lui, et nous le voyons encore ici, l'analogie avec l'épilepsie se complète de plus en plus. Il y a des épileptiques convulsivants, il y a des épileptiques délirants, il y en a d'impulsifs.

Un fait important qui ressort des statistiques, c'est que dans la moitié des cas, le délire cesse avec l'accouchement, fait important au point de vue du pronostic qui devient favorable, important pour préciser la pathogénie de la folie. Ira-t-on invoquer la sympathie; non, sans doute et dans ces cas qui guérissent avec l'accouchement, il faut penser de suite à la cessation des perturbations somatiques de la grossesse.

Dans les autres cas, la guérison tarde à se faire parce que les organes ont eu des lésions plus durables, par suite les cellules cérébrales ont été intoxiquées plus complètement.

Mais dans la grossesse, il faut encore penser à l'in-

fection dans quelques cas de délire diffus, fébrile survenant à la fin du neuvième mois.

Il faut tenir grand compte dans le pronostic des antécédents héréditaires et surtout personnels. Y a-t-il eu des accès antérieurs au moment des grossesses précédentes, car il faut se rappeler, autre preuve de la théorie toxique, qu'après plusieurs grossesses des aliénées puerpérales ont des accès de plus en plus longs, pour arriver à une démence incurable. Chez quelques-unes de ces malades, il est impossible de découvrir aucune tare héréditaire ou acquise, preuve que la puerpéralité à elle seule, souvent répétée, est capable de détruire les cellules cérébrales. N'est-ce pas la marche de l'alcoolique qui après plusieurs périodes de délire arrive aussi à la démence, par suite de l'imprégnation profonde du liquide toxique. Notre observation VIII est une héréditaire, qui a eu une deuxième rechute au moment de la puerpéralité et dont la guérison reste problématique.

B. *Au moment de l'accouchement* les causes deviennent plus complexes, on se trouve en effet sur un terrain épuisé, intoxiqué déjà, favorable à l'infection qui a des portes ouvertes sur l'organisme. On observe alors des délires courts, transitoires, que connaissent surtout les accoucheurs ; voici les formes que l'on peut rencontrer.

a) C'est parfois une manie transitoire de quelques instants, à la fin de la période de dilatation, au moment d'expulsion du fœtus ou placenta. Il indique parfois l'invasion de la septicémie, mais aussi nous paraît être un réflexe se produisant chez les femmes nerveuses. Le pronostic dans ce cas-là est ordinairement bénin.

b) Quelquefois c'est un délire aigu avec fièvre sur la

pathogénie duquel il est inutile d'insister; c'est parfois, rarement il est vrai, un accès de delirium tremens survenu chez une alcoolique à l'occasion de l'accouchement.

c) Enfin, et cette forme est assez fréquente, le délire se trouve lié à l'éclampsie, délire toxique le plus souvent, coexistant avec de l'albumurie. Après une attaque ou une période de coma, la malade a des accès d'excitation passagers ou durant deux ou trois jours.

En résumé les délires liés à l'accouchement, reconnaissent une origine toxique, infectieuse ou réflexe (?), sont ordinairement brefs et curables. L'acte de la parturition agit en effet comme cause de fatigue, d'ébranlement nerveux, comme auto-intoxication éclamptique aiguë.

C. Les psychoses *post-partum* sont de toutes les plus fréquemment observées puisqu'elles figurent pour 52 pour 100, dans la statistique. Ces formes s'observent très fréquemment dans les asiles et suivant un mode invariable que nous avons remarqué dans toutes nos observations. Nos malades accouchées à la Charité, presque toutes, sortent de l'hospice, souvent prématurément, sans avoir présenté la plus faible élévation de température. Elles ont quelquefois des ulcérations diverses. Elles rentrent chez elles, et paraissent rétablies de leurs couches pendant deux ou plusieurs jours lorsque *tout à coup* elles sont prises parfois dans la rue d'un épouvantable accès maniaque ; ou tombent dans un état de dépression ou de stupeur. Nous insistons sur ce début brusque bien en rapport avec l'invasion brutale de l'infection.

Dans les suites de couches nous devons tout d'abord distinguer deux parties. 1° Dans la première période qui va de l'accouchement à la sixième semaine environ, la carac-

téristique est le danger de la blessure utérine, de la plaie placentaire.

2° La deuxième période va jusqu'au sevrage; elle commence vers la sixième semaine alors que la lactation est établie depuis quelque temps; elle est caractérisée par les dangers de l'épuisement, de l'anémie.

On le voit, la période ne fait rien, c'est la cause. Comme le dit fort bien M. Toulouse. « De même que l'éclampsie apparaît dans la grossesse, pendant et après le travail, de même l'infection peut survenir à la suite d'un abcès mammaire comme après le traumatisme utérin. »

Etudions la première période : les statistiques viennent encore nous apporter presque une preuve. Dans Marcé nous voyons que, sur quarante-quatre cas, le début a lieu les dix premiers jours dans trente-trois cas; dans la thèse de M. Lallier sur trente-quatre cas de folie infectieuse, il y en a vingt-quatre survenus dans les dix premiers jours. N'est ce pas là presque une preuve en faveur de l'infection. Dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement, la femme est plus que jamais exposée aux dangers de l'infection. Plaie placentaire, éraillures vaginales, déchirures du périnée sont autant de portes ouvertes aux microbes. C'est le moment où les malades sorties des Maternités sont livrées à leur propres soins et s'infectent. L'infection est donc ici, dans la grande majorité des cas, la cause déterminante de la folie. Elle est d'origine utérine ou d'origine mammaire. Les microbes entrent dans l'organisme et l'on voit survenir consécutivement un changement de caractère, une tristesse inaccoutumée : parallèlement se développent des signes physiques tels que frisson, fièvre, accélération du pouls,

douleurs abdominales, céphalées, lochies fétides, langue blanche ou sèche, constipation. Le délire apparaît, ordinairement avec de l'excitation et des hallucinations. On a la confusion mentale hallucinatoire aiguë de Hansen dont nous avons déjà parlé. Elle dure un certain temps, puis la terminaison a lieu de plusieurs façons, soit par symptômes typhiques et mort, soit par une guérison rapide, soit par une guérison lente. Tantôt c'est l'excitation avec hallucinations qui domine, tantôt c'est la dépression, quelquefois la forme maniaque grave ou le délire aigu témoignent d'un processus infectieux redoutable.

D. Enfin dans la période de *lactation*, le délire paraît lié soit à l'occasion de son établissement, soit de sa suppression.

La sécrétion lactée, si riche en principes nutritifs n'est pas sans épuiser la mère déjà affaiblie, et sans entraîner des phénomènes d'anémie cérébrale.

Mais il est plus difficile en apparence du moins, d'expliquer le délire à l'occasion de la suppression du lait. Il nous semble qu'il faut en donner plusieurs explications. Il est des cas où le sevrage a été ordonné précisément à cause de signes prodromiques d'aliénation et le délire continue sa marche, alors que la suppression du lait n'est pour rien dans son éclosion.

Il est des cas aussi où l'organisme débilité ne s'habitue pas à la cessation brusque, même d'une dépense nutritive, même d'un épuisement. Il faut une marche progressive pour habituer les cellules cérébrales à cette suppression de la fonction mammaire.

Peut-être la suppression de la lactation détermine-t-elle parfois un état de phlétoxe.

Il est des cas enfin, où la suppression du lait est due à un abcès du sein, à une infection elle-même qui est cause directe de la folie, tandis que le sevrage n'est pour rien.

On le voit, il nous semble, qu'on a exagéré l'importance du sevrage et nous admettons surtout deux causes de la folie des nourrices : l'infection et l'épuisement surtout. Comme le dit M. Toulouse, « ce qui est digne de remarque, c'est que le plus souvent les symptômes physiques sont les premiers en date, surtout dans les cas où l'épuisement semble être le déterminant des troubles intellectuels. La femme maigrit, pâlit, se plaint de palpitations, de mauvaises digestions, de la perte de l'appétit et du sommeil. Lorsque le délire survient dans un état d'épuisement, il n'est pas rare que la lactation persiste. »

La forme qu'on rencontre le plus souvent est due au profond état d'épuisement, c'est le délire à forme mélancolique. On dirait parfois de la démence ; ce délire est en général chronique et de longue durée. On note aussi de l'excitation passagère. Quant aux délires liés aux abcès du sein, il ne ressortissent pas immédiatement à la lactation.

En résumé, forme maniaque, dépression, confusion mentale, telles sont les formes que l'on rencontre presque indifféremment aux différentes périodes, sous l'influence des différentes causes dont les deux principales sont les infections post-puerpérales et les auto-intoxications.

La puerpéralité n'est donc pas une cause banale pour délirer comme le veut M. Magnan, mais comme le dit M. Toulouse : « La puerpéralité est donc un état complexe comprenant des incidents physiologiques et pathologiques variés : une auto-intoxication dans la première

phase, un traumatisme violent dans la deuxième, des infections fréquentes dans la troisième. »

Au point de vue de la durée nous avons vu :

1° Des délires courts et hallucinatoires, délires toxiques (auto-intoxications et infections), quelquefois réflexes.

2° Des délires chroniques avec dépression et stupidité, délire suite de maladies infectieuses (infection post-puerpérale), délire suite de causes épuisantes (allaitement).

Pour citer encore M. Toulouse, qui a fait à ce sujet un article déjà cité : « On voit que s'il n'y a pas de folie puerpérale, il y a des psychoses, en rapport avec certain processus de la puerpéralité. C'est donc que chacun d'eux agit d'une façon un peu personnelle et que la prédisposition n'est pas une force aveugle que peut créer son délire, mais qu'elle est soumise, comme toutes les autres forces biologiques à telle ou telle direction selon le facteur qui l'actionne. Ce n'est donc pas une occupation stérile que d'étudier de plus près les agents qui la provoquent puisqu'ils imposent aux troubles mentaux qu'elle va susciter une empreinte que nous reconnaissons quelquefois. »

PRONOSTIC

D'une façon générale, on peut avancer que le pronostic de la folie puerpérale est bon ; mais pour porter un pronostic plus sûr, il est important de chercher la part de l'hérédité et de la prédisposition morbide. Nous n'avons, pour notre part, pas vu d'incurabilité absolue ; toutes, même les héréditaires franches, guérissent plus ou moins rapidement. Le réveil, le retour à l'état normal, s'est fait dans deux de nos observations d'une façon brusque qui mérite d'être signalée.

Cette question de la puerpéralité est importante en médecine légale, mais cette partie ne peut rentrer dans le cadre de notre travail. Si le pronostic est bon, pour l'accès présent, il faut se souvenir que des femmes, après plusieurs grossesses, tombent dans une démence incurable. Nous dirons donc, pour les prédisposées comme M. Peter pour les maladies du cœur : « Aux filles, pas de mariage. Aux femmes, pas d'enfants. Aux mères, pas d'allaitement. »

Ecourtant à dessein cette question de pronostic, nous retiendrons seulement les deux conseils suivants :

1° La prédisposée payant un fort tribut, il est du devoir du médecin de conseiller au mari de ne pas lui donner d'enfants.

2° Enfin, la femme qui aura eu, sans antécédents connus, un premier accès lors d'un accouchement devra éviter d'autres grossesses sous peine de la possibilité d'une démence incurable.

Nous avons vu que le pronostic général de la folie puerpéral était bénin et l'on peut donner le tableau général suivant, au point de vue de la statistique :

Grossesse 10 % . . .	la moitié guérit avec l'accouchement.
l'autre moitié	$\left\{ \begin{array}{l} \pm \text{ longtemps après.} \\ \text{incurabilité rare.} \end{array} \right.$
Accouchement 52 % . .	les $\frac{2}{3}$ guérissent de dix par jour.
l'autre $\frac{1}{3}$	$\left\{ \begin{array}{l} \pm \text{ longtemps après.} \\ \text{incurabilité rare ou mort.} \end{array} \right.$
Lactation 36 0/0 . . .	plus de la moitié guérit dans les trois premiers mois.
le reste	$\left\{ \begin{array}{l} \text{guérison lente.} \\ \text{incurabilité ou mort.} \end{array} \right.$

CHAPITRE VII

Traitement

IL DOIT S'ADRESSER A LA CAUSE, COMME LES FACTEURS SONT
SOUVENT SUPERPOSÉS, IL DOIT LES VISER TOUS

Ce long exposé n'a d'intérêt que pour les considérations thérapeutiques auxquelles il donne lieu. Et savoir qu'il y a des délires puerpéraux dus à l'infection, à l'auto-intoxication, à l'épuisement, revient à savoir qu'après d'une puerpérale la conduite à tenir est la suivante : faire des lavages, surveiller les émonctoires et faire de l'antisepsie interne, donner des toniques. Chez la femme qui a une tare héréditaire comme chez celle qui n'en a pas, il faut instituer un traitement : et ce dernier doit même être plus minutieux chez la prédisposée, puisque nous savons que la cause peut être ici plus légère, que bien faible est l'écueil qui peut faire sombrer cette intelligence mal organisée.

L'étude précédente nous a de plus démontré qu'il ne

fallait pas s'inquiéter de la forme de la folie, mais de la cause : l'excitation ou la mélancolie sont justiciables, des mêmes procédés quand ils reconnaissent la même origine.

Il serait important, sans doute, d'arriver à un diagnostic exact de la cause du délire pour s'appliquer à la combattre par les moyens appropriés. Mais il est un point sur lequel nous tenons à insister, c'est qu'en clinique les cas ne sont pas toujours types comme dans les observations choisies pour le besoin d'une cause. Il existe des cas mixtes où il serait illusoire de vouloir « débrouiller » la part qui revient à chacun des quatre facteurs.

De plus, même chez une puerpérale que nous aurons manifestement reconnue être d'origine auto-toxique, rien ne prouve qu'après l'accouchement par exemple, par une déchirure vaginale ou par la plaie utérine, il ne se produira pas une infection consécutive. Et alors, en ne traitant que l'auto-intoxication, dans la mesure du possible, bien entendu, on aurait laissé se développer un autre ennemi aussi redoutable que celui qu'on s'efforce de chasser.

On aurait fait un traitement curatif en oubliant la prophylaxie. Disons aussi que le choc nerveux existe chez presque toutes les primipares. Enfin, l'anémie est presque toujours en cause, et pour la dire cause efficiente, nous avons vu qu'il fallait procéder par élimination.

Pour toutes ces raisons, on comprend que, même quand on saurait la cause être unique, il ne faudrait pas se borner à une seule indication. Il faut toutes les remplir pour traiter la cause présente, la cause prédisposante (anémie) et la cause qui peut surgir.

L'infection étant le facteur le plus fréquent dans la

folie puerpérale fournit donc l'indication la plus formelle. Il est de toute nécessité et, en ne se plaçant même qu'à notre point de vue, de bien la remplir. Faites des lavages soignés, vaginaux et utérins, traitez toutes les plaies et éraillures, chez toutes les puerpérales. Chez celles qui ont de la fièvre et des signes de septicémie, la ligne de conduite est toute tracée. De plus, employez la méthode de M. Vincent par les bains froids qui donnent de bons résultats.

Lorsque vous n'avez pas trouvé de signes de fièvre, de suppurations quelconques, pensez à l'auto-intoxication et surveillez les émonctoires. Evitez la constipation par des lavements glycerinés. Faites uriner à tout prix. Evitez la rétention d'urine si fréquente. Les lavements froids dans ces circonstances sont excellents. Le calomel est un purgatif à employer. Les antiseptiques intestinaux devront être utilisés, et surtout l'aliment qui donne le moins de déchets, le lait, devra être souvent le seul aliment de la malade. Il ne faut pas exagérer l'importance de ce traitement contre l'auto-intoxication. L'antiseptique interne est un idéal, une pierre philosophale difficile à trouver.

Il faut se souvenir que la cellule cérébrale est capable elle seule de se débarrasser de tous ces toxiques. La folie suit dans ces cas sa marche ordinaire. Avec le retour à l'état normal des reins et du foie, le délire disparaît. Mais on peut aider sa disparition nous venons de voir comment.

Il faudra toujours penser à l'anémie et l'épuisement qui se montre chez presque toutes les femmes. Si cette cause est unique, vous guérirez la folie; si elle coexiste seulement, vous rendrez l'organisme plus apte à la lutte contre

les poisons. Au premier rang citons la bonne nourriture et une bonne hygiène. Cela suffit souvent chez des malades pauvres, que la grossesse fait tomber dans la misère, que la nourriture d'hôpital et l'aération d'une infirmerie suffisent souvent à améliorer. Il est bon de donner les sels de fer, les toniques employés en thérapeutique. Mais surtout il faut le calme complet physiquement et moralement, il faut faire dormir la malade épuisée par les veilles souvent, il faut l'empêcher de nourrir, supprimer l'allaitement d'une façon graduelle ; il faut soigner les troubles digestifs. Lorsque l'organisme est rendu plus fort par les moyens précédents, il est souvent très utile d'user de la douche froide qui stimule les fonctions organiques. On l'emploiera dans les formes mélancoliques, mi-stupides avec troubles de la nutrition. Mais quelquefois ces malades anémiées refusent la nourriture ; ils ne faut pas tarder à employer la sonde œsophagienne. C'est un pis-aller, mais il est nécessaire dans ces conditions et permet d'attendre.

Nous ne parlerons pas du traitement du délire réflexe essentiellement passager : et il nous semble inutile et même nuisible dans ces cas, d'user des narcotiques ou des anesthésiques.

Nous avons vu que l'indication dans certains cas était de faire dormir la malade ou de diminuer son excitation. Il n'est pas sans importance de chercher quel remède il faut employer. Nous rejetons absolument, et M. Pierret insiste souvent sur ce point, l'usage de la morphine et de ses composés. Même dans les formes maniaques où l'agitation est extrême, il ne nous semble pas sans dangers de donner de l'opium. La folie puerpérale étant liée souvent

à des intoxications il n'est pas indifférent de donner encore un toxique. La manie cesse d'ailleurs brusquement et fait place à de la stupeur très souvent. Il y a des moyens de contention pour empêcher le malade de se nuire ou de nuire à autrui, moins dangereux.

Les bromures n'ont pas des inconvénients aussi sérieux que les opiacés. Longtemps continués, ils dépriment le cerveau; ils ont, de plus, un autre côté défectueux sur lequel M. Pierret attirait notre attention en nous donnant l'exemple suivant :

Prenez un jeune homme qui vient de passer un concours, qui a passé des veillées à travailler, qui a, en un mot, surmené ses cellules cérébrales, qui s'est intoxiqué en fabriquant plus de déchets qu'il ne pouvait en éliminer; il est pâle, digère mal, a des maux de tête fréquents et se plaint surtout d'une insomnie persistante, il est énervé, dit on. Si chez ce jeune homme vous essayez le bromure, vous n'obtiendrez aucun résultat; peut-être même vous augmenterez son excitabilité. Le pourquoi en est difficile à trouver, mais le fait est certain. L'accouchée ne se trouve-t-elle pas dans les conditions de cet élève? « Chez les femmes affaiblies par une vie molle et oisive, par des veilles, par des émotions incessantes, la gestation devient une fonction dangereuse qui imprime à tout l'organisme des modifications profondes et réveille des dispositions qui, peut-être, seraient restées latentes sans son intervention. »

Pas de morphine, pas de bromure. Il faut traiter l'insomnie et l'agitation en traitant la cause elle-même. Le régime lacté suffira souvent à faire dormir une malade. Mais il est un adjuvant précieux ce sont les grands bains

tièdes prolongés qui donnent toujours d'excellents résultats.

En agissant ainsi chez toute femme atteinte de folie puerpérale, le médecin pourra la guérir, l'améliorer, diminuera toujours l'influence d'une ou de plusieurs des causes étudiées. Dans tous les cas, s'il ne guérit pas toutes ses malades par suite du séjour trop prolongé ou de l'action trop énergique des microbes, par suite des poisons trop virulents ou par suite d'une prédisposition morbide héréditaire ou acquise, il sera, comme tout vrai médecin, utile toujours.

CHAPITRE VIII

Observations.

I. Observations de folie infectieuse.

1° FORME LÉGÈRE

OBSERVATION I

Folie postpuerpérale à caractère maniaque. — Forme avec poussées fébriles. — Guérison après deux mois.

M..., vingt-deux ans, domestique à Lyon., célibataire Pas d'antécédents héréditaires connus Pas de maladies graves antérieures. Vient de la Charité où elle était entrée le 14 décembre 1893. Accouchement normal. Elle n'aurait pas eu de pertes en sortant, mais présentait de petites *ulcérations* à la vulve et au vagin qui nécessitaient de fréquents pansements. Elle voulut sortir malgré le refus des médecins de la Charité et fut amenée de nouveau deux jours après seule à la clinique d'accouchements. Elle avait été prise dans la rue d'un *accès maniaque*, criant et gesticulant, tellement excitée qu'elle fut internée à l'Asile le 27 décembre.

A l'entrée la malade est très excitée, les cheveux en désordre, la figure rouge; elle se débat violemment et crie, injurie le personnel, en éclatant de rire. Camisolée, elle s'assied sur son lit et se rejette violemment en arrière, menaçant de se fracturer le crâne contre les barreaux du lit. Il est impossible de l'ausculter. Température 38°8, pouls rapide, peau brûlante. Maux de tête.

4 janvier 1894. — La malade est sondée deux fois par jour, car elle a de la rétention d'urine. Tous les jours elle perd du sang en petite quantité, tachant le linge : quelquefois on note quelques caillots d'ailleurs très petits. L'écoulement est du sang presque pur. Au toucher on sent le col excessivement mou, les culs-de-sac sont effacés. On ne sait s'il y a de la douleur.

Au spéculum, congestion intense de toutes les parties.

Le col effacé, très œdémateux, offre peu de saillie, l'orifice du col est une fente irrégulière, pas de sang, mais un peu de pus sur les lèvres boursoufflées du col. La pression abdominale n'est pas douloureuse, l'ovaire est sensible. La malade paraît être d'une forte constitution.

Les seins sont volumineux et donnent du lait, mamelon gros, aréole pigmentée. Des lavages vaginaux sont faits trois fois par jour. Compression ouatée sur les seins.

6 janvier. — La malade est très agitée, rit et insulte sans motifs. Il semble qu'il n'y a rien au cœur et aux poumons, il est difficile de l'ausculter à cause de son agitation.

Rétention d'urine. Les urines sont claires. Lavages vaginaux. Hier a eu une poussée fébrile. T. 38°4.

11 janvier. — La malade urine seule; il persiste toujours un peu d'excitation, mais par moments seulement.

Rien dans les urines; ni albumine, ni sucre.

17 janvier. — Les pertes blanches ont remplacé les petites hémorragies. L'écoulement va en diminuant, est moins fétide qu'au début, pâleur de la face, état anémique. Le 13 et le 14 a eu deux poussées fébriles le soir; T. 39°2, T. 39°1, avec défervescence le matin. Constipation depuis cinq jours. Les lavages sont continués ainsi que des lavements glycéринés ordonnés depuis trois jours.

21 janvier. — A eu de nouveau deux ascensions : 38°2 le 20 et 38 degrés le 21. Se plaint toujours de maux de tête. Elle prend brusquement des crises de pleurs, mais ordinairement reste tranquille dans son lit. On prescrit une pilule de calomel de 1 centigramme.

25 janvier. — Sensibilité aux ovaires prononcée, tendance aux grimaces hystériques. Ses pertes sont bien moins abondantes. Le col a sa consistance presque normale ; la lèvre postérieure a une petite bosselure due à la cicatrisation d'une de ses déchirures.

10 février. — Même état. Elle n'a plus de poussées fébriles.

Calomel 1 centigramme.

14 février. — On prescrit des douches froides, très courtes, comme stimulant de la nutrition, et deux pilules de Vallet.

10 mars. — Amélioration sensible. L'état physique est satisfaisant. Elle s'occupe dans la journée et n'a plus de pertes.

22 mars. — La malade a pour la première fois ses règles depuis son accouchement. Teint frais, air souriant. Bonne santé physique. Elle continue à prendre son calomel, son fer et ses douches froides.

30 mars. — La malade qui a engraisé et a pris bonne mine, sort de l'Asile complètement guérie.

2° FORME GRAVE

OBSERVATION II

Folie postpuerpérale. — Fièvre continue. — Abscès périné-phrétique et rein secondaire. — Amélioration et guérison prochaine. — Type de confusion mentale.

S..., vingt-huit ans, cultivatrice à Saint-Laurent (Isère).

Accouchement normal le 9 mars 1894 à la Charité. Nous n'avons pu avoir des renseignements, mais il est probable qu'elle est sortie sans fièvre du service de M. Vincent. Elle reste deux jours à Lyon chez sa sœur. C'est là qu'elle a dû s'infecter, si bien qu'elle

fut prise d'un délire hallucinatoire aigu qui nécessita son internement à l'Asile le 24 mars 1894.

Elle est dans un état d'excitation intense avec confusion des idées. Elle crie et chante toute la journée, se roule sur son lit malgré la camisole, crachant sur les personnes qui veulent l'approcher. L'état physique est mauvais, le teint pâle et terreux, les yeux cernés. La température est élevée, 39 degrés le soir de son entrée. La malade a des pertes de sang.

26 mars. — La malade depuis son entrée a des pertes de sang qui ont cessé aujourd'hui. Elle n'urine pas seule et est sondée régulièrement deux fois par jour. Il y a de l'albumine dans les urines en petite quantité.

On note un peu de constipation (Scammonée 1 gramme).

28 mars. — Température élevée le soir; l'agitation est extrême. Bain d'une heure matin et soir. Lavement purgatif.

9 avril. — Même état mental et physique. Elle a des pertes assez abondantes. Des lavages vaginaux et vésicaux sont faits régulièrement. On note de l'albumine.

19 avril. — Etat stationnaire avec agitation qui n'a pas été calmé par les bains.

4 mai. — Elle a toujours des poussées fébriles. Après un examen attentif on découvre un léger empâtement au-dessous des fausses côtes du côté gauche à la partie postérieure de la poitrine, indice d'un abcès périnéphrétique. L'absence de douleur par suite de l'agitation de la malade, n'avait pas attiré l'attention de ce côté dès le début. Albuminurie. Diarrhée.

5 mai. — Température 39°4. L'état général très mauvais, l'haleine fétide, l'inappétence, la diarrhée indiquaient la nécessité d'ouvrir l'abcès et de donner issue au pus. M. le Dr Alombert interne de service, à la contre-visite du soir fait une incision au niveau de l'empâtement de 2 centimètres de large sur environ 8 centimètres de profondeur, au dessous de la douzième côte. Il y a une grande poche purulente très profonde, un véritable clapier qui donne issue à un pus abondant jaune d'odeur urineuse très prononcée, environ 200 grammes. Après un lavage soigné, notre collègue place deux gros drains dans la plaie.

Depuis deux jours les urines étaient muco-purulentes et obstruaient souvent la sonde, pendant le cathétérisme. Le lendemain la température tombait à 37°5 pour remonter le soir du 6 mai à 38°4 et pendant quelques jours reste à 39 degrés ou au-dessous. Gâteuse.

On lui fait régulièrement des lavages de la plaie, du vagin et de la vessie. Lavements frais.

16 mai. — Par suite d'un oubli, les lavages ne lui sont pas fait. Diarrhée.

17 mai. — Température 39°8 qui retombe à la suite du lavage.

Elle est dans un état d'excitation maniaque intense. Elle se roule sur son lit, défait son pansement malgré la camisole. Elle ne cesse de crier et de se lever.

L'abaissement de la température n'avait lieu qu'après les lavages répétés qui furent faits dorénavant d'une façon rigoureuse. Peu à peu l'état s'améliora, l'appétit revint, la diarrhée avait disparu dès le surlendemain de l'ouverture de l'abcès, le teint devint plus plus clair et l'issue fatale qu'on regardait au début comme inévitable laissait place à l'espoir d'une guérison au point de vue physique. Parallèlement, l'état mental subissait une heureuse modification; l'excitation devenait moindre, le délire moins violent, le sommeil revenait peu à peu.

On espaca les pansements et les lavages du 25 août au 7 septembre, la température restait normal : Salol.

9 septembre. — Brusque élévation de la courbe thermométrique qui monte de 37°4 à 40°5; on ouvre de nouveau à la contre-visite, l'abcès en partie cicatrisé; la chute se produit et se maintient jusqu'au 13 où il y a une nouvelle ascension 39 degrés, lavage. Température 37 degrés après. Enfin depuis le 15 septembre la température prise régulièrement n'est jamais montée à 38 degrés. L'état physique est aussi bon que possible; l'appétit est féroce. La plaie est complètement cicatrisée, elle va à la selle régulièrement et les urines sont claires et ne décèlent aucune trace d'albuminurie. Toujours gâteuse.

Etat mental actuel. — Actuellement la malade est plus calme et ne crie pas comme au début. Elle reste assise sur son lit, attentive

à tout ce qui se passe, l'œil vif. Elle marmotte sans cesse à demi-voix des phrases sans suite mais ayant chacune un sens. Elle fait des grimaces. Elle présente un état de confusion mentale très net. Elle répond à une question, mais ne s'arrête pas à ce sujet et repart ensuite dans son marmottement: Elle donne aux personnes du service des noms de son pays, est moqueuse. Elle sait se faire servir et demander les mets qui lui conviennent. Rien n'est plus intéressant que son bavardage, interrompu par une question posée. Sa figure est souriante à l'excès, son teint frais, elle a engraisé. Elle a parfois des moments de colère après le personnel.

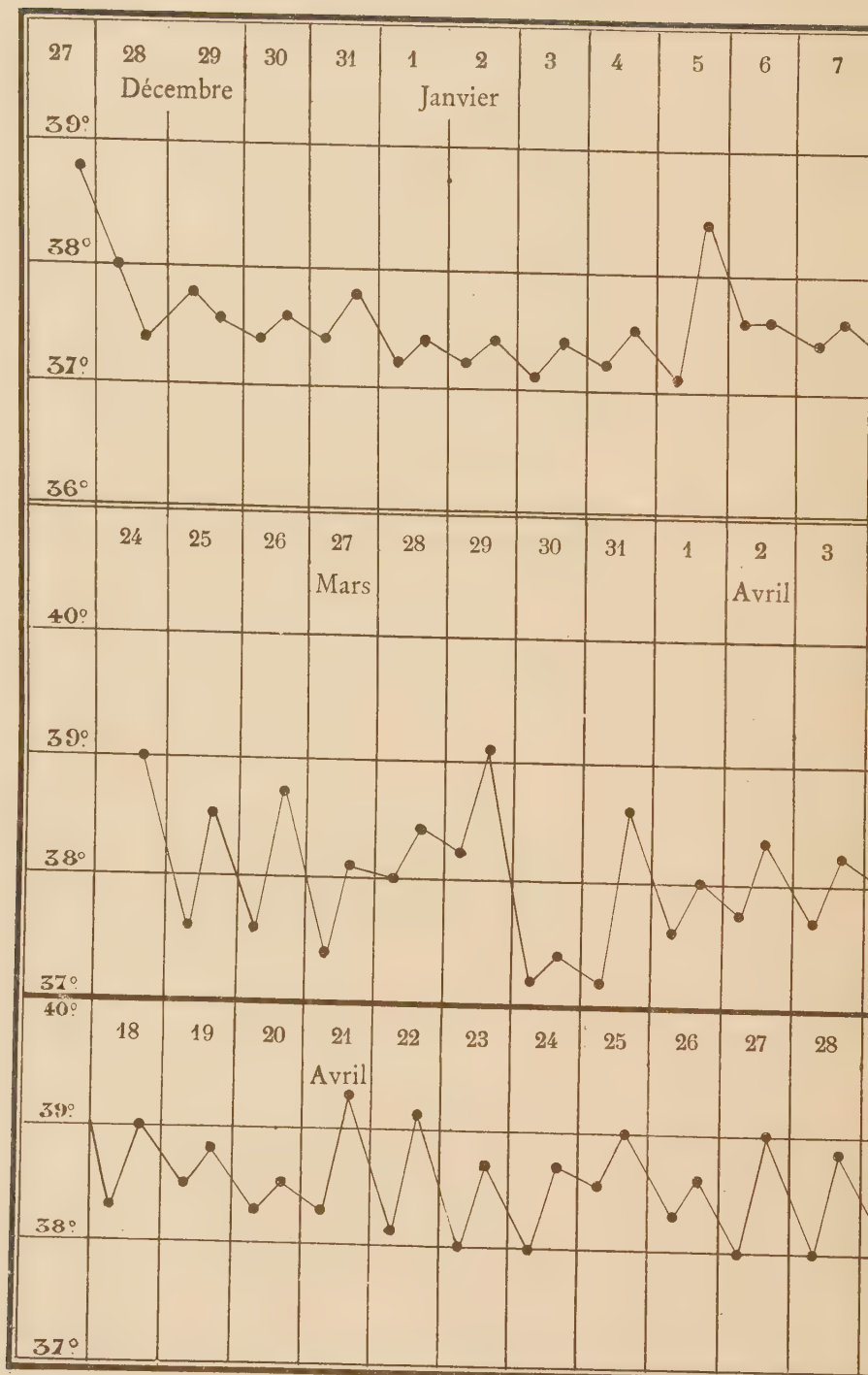
Elle prend des bains de deux heures depuis quinze jours et paraît légèrement plus calme. Reste plus facilement sans parler, lit le journal volontiers. Voici un lambeau de conversation avec elle.

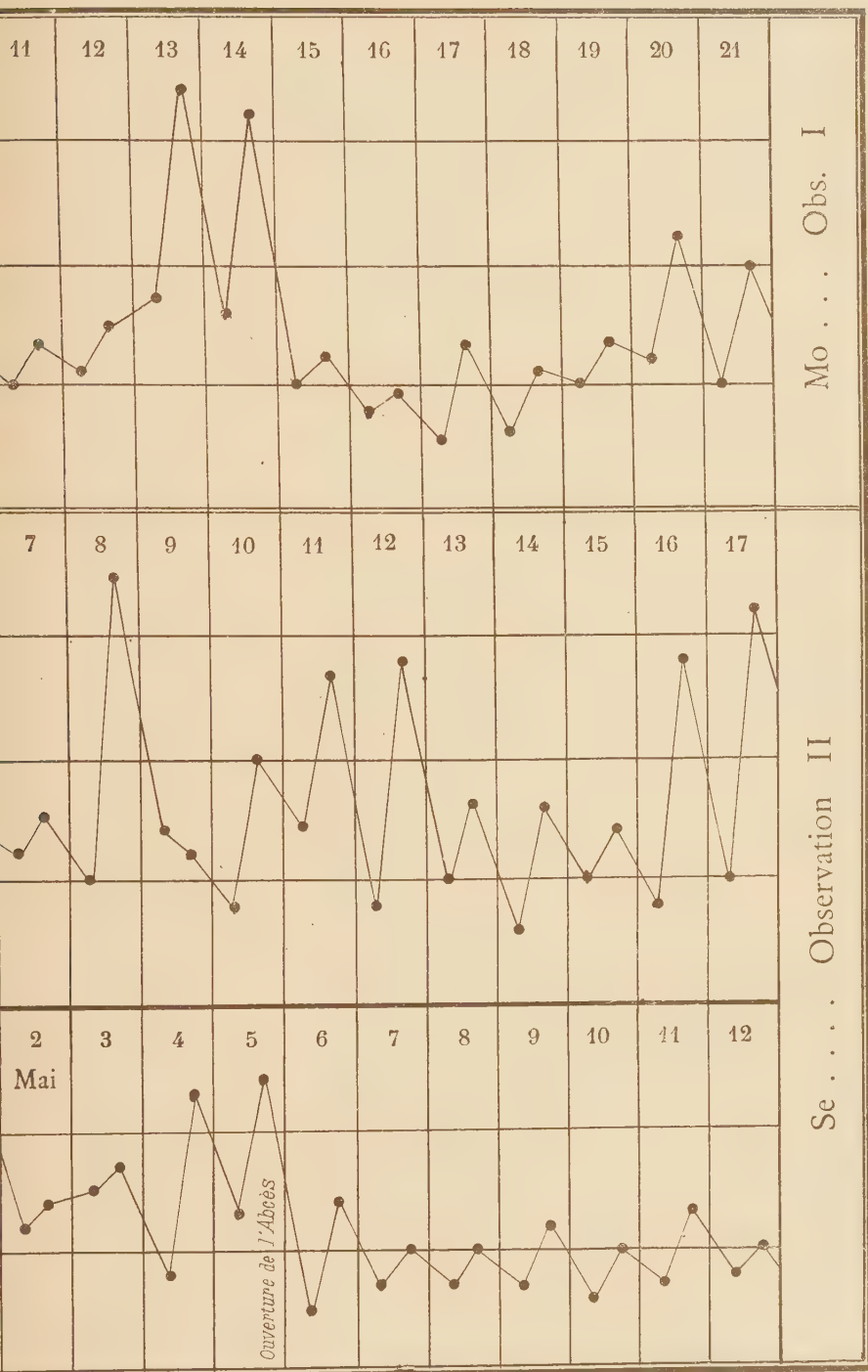
D. Vous avez toujours appétit ? R. Il faut bien manger. Donnez moi mon cantique, tu n'es pas sage, Bonjour Monsieur Charles, mon petit. Blanche. Blondinette ou triangle, regarde le tambourin (montre sa joue). M. Abel va bien ? M^{me} Vincent va bien... .

D. Pourquoi êtes-vous gâteuse ? R. Je ne fais pas pipi, donne-moi mon ce testament. Isaac ! que j'aime mon Isaac.... (parle patois).

On tousse. « Oh ! que vous êtes enrhumé. »

Cette attention et la facilité de ses réponses permettent d'espérer une amélioration prochaine au point de vue mental, et doit toujours être prise en sérieuse considération pour le pronostic.





II. Observations de folies liées à l'auto-intoxication.

OBSERVATION III

Puerpérale. — Mélancolie. — *Albuminurie*. — Stupeur démentielle. — Constipation. — Hypothermie et hyperthermie.

B... (Marie), âgée de vingt-cinq ans, lingère, entrée à l'asile de Bron, le 14 décembre 1893.

Pas d'antécédents héréditaires. Père bien portant. Mère morte d'une affection pulmonaire.

Caractère impressionnable. Accouchement normal à l'hospice de la Charité fin octobre 1893.

A sa sortie de l'hospice était bizarre, agitée par moments et son père avait remarqué une perte absolue de la mémoire.

A son entrée la malade est très agitée, se débat quand on veut l'examiner. Elle est dans un état d'obnubilation intellectuelle complète, a l'air effarée et répond aux questions posées par monosyllabes, à côté de la demande.

Le ventre est souple, non douloureux, la malade n'a pas de pertes.

La pression sur les seins fait sourdre du lait. *Albumine* dans les urines.

29 décembre. — Depuis son entrée on ne constate chez elle aucune amélioration. L'agitation toujours prononcée, revient par accès pendant lesquels la malade crie et se débat.

Elle a été prise d'une *crise convulsive* que nous avons pu observer consistant en mouvements cloniques du côté des membres suivis bientôt d'un état tétanique avec raideurs musculaires.

Il est probable qu'elle en a pris plusieurs qui ont passé inaperçues.

Dans l'intervalle des accès on la trouve parfois dans un état de

prostation complète, de *stupeur* pendant lequel la malade immobile, ne paraît pas entendre et ne répond pas aux excitations périphériques. Les urines donnent un fort précipité d'albumine, langue sèche; constipation. Rien au cœur, gâtisme complet.

Traitement : lavements d'eau froide. Ventouses sur la région lombaire, salicylate de naphtol, 4 grammes. Bromure de strontium, 2 grammes.

10 janvier. — La malade est dans l'abattement et la stupeur.

Elle regarde différents objets d'un air étonné, sans une parole, et ne se départ de son immobilité que pour se débattre quand on la sonde : car depuis huit jours les urines sont peu abondantes et il y a rétention incomplète. Pertes blanches.

12 janvier. — Elle urine seule mais est toujours constipée et ne va à la selle que par lavements. Urines avec albumine en quantité plus faible.

17 janvier. — Constipation opiniâtre malgré les lavements et des purgations. Elle a toujours le regard vague. Elle marmotte parfois des paroles incohérentes.

18 janvier. — Constipation. Hier la malade a été d'une excitation extrême. Pommette gauche très colorée. L'examen des poumons ne révèle aucun signe anormal. Température, ascension brusque à 40 degrés.

21 janvier. — La malade n'a pas uriné depuis hier dans la journée.

Le cathétérisme donne une urine fortement ammoniacale, trouble contenant un précipité assez abondant de phosphates ammoniaco-magnésiens et précipité abondant d'albumine, pas de globules de pus. Agitation extrême.

Depuis cinq jours poussées fébriles vers le soir.

Le 17, 40 degrés; le 18, 38°8; le 19, 39°4; le 20, 38°8; le 21, 38°7, ayant succédé à une hypothermie de 36°4 pendant quatre jours.

Traitement. Ventouses, lavements froids. Benzo-naphtol et salol. Cathétérisme et lavages vésicaux et vaginaux. Toujours des pertes abondantes. Elle n'a pas vu ses règles depuis le 17 décembre.

14 février 1894. — On note chez la malade après quelques jours de traitement une sensible amélioration. Le teint est meilleur ; l'œil plus brillant. Elle parle aux infirmières. Néanmoins toujours gâteuse.

Urines : pas d'albumine, réaction neutre.

21 février. — A vu apparaître ses règles.

11 mars. — On continue le traitement. La malade engraisse beaucoup, urine seule mais toujours gâteuse et mutisme à peu près absolu. Plus de pertes.

23 mars. — Même état mi-stupide. Sorte de stupeur démentielle. Même air indifférent. Elle ne répond que par moments aux questions.

13 juin. — A pris dans la journée une impulsion, car depuis quelques jours on la faisait lever du lit. Elle s'est jetée brusquement sur une infirmière, l'a griffée et a repris aussitôt son immobilité accoutumée.

4 juillet. — La malade n'est plus gâteuse depuis douze jours. Mais elle présente de l'affaiblissement intellectuel caractérisé par de la satisfaction générale dont son visage est empreint. Sourire niais. Elle ne veut pas sortir de l'asile et s'y trouve bien.

3 août. — Urines normales (aucun précipité d'albumine). La malade est toujours satisfaite et niaise.

17 septembre. — La malade peut être considérée comme guérie. Elle travaille à faire des bas, parle de sortir, se sentant tout à fait bien. Elle n'a plus été gâteuse depuis longtemps et est réglée d'une façon régulière. L'état physique est excellent.

Sortie de l'asile.

Cette observation est intéressante en ce qu'il y a des phénomènes d'intoxication : la constipation est opiniâtre, il y a de l'albumine dans les urines d'une façon constante il y a eu crise convulsive, des périodes d'agitation alternant avec la stupeur, des impulsions et enfin une guérison survenue lentement.

OBSERVATION IV (Clinique de Trousseau, XLIV, t. II.)

Eclampsie des femmes enceintes et en couches.— Relation de l'éclampsie puerpérale avec la manie et la paralysie.

Malade couchée au n° 28 de la salle Saint-Bernard, accouchée la veille de son entrée, à 3 heures du matin; la sage-femme qui l'assistait crut devoir administrer, après la délivrance, une forte dose d'ergot de seigle, probablement en vue d'arrêter une perte de sang abondante. Deux heures après, l'éclampsie survenait et, dans la journée, cette jeune femme était amenée à l'hôpital. Saignée de 800 grammes le soir. Mais de huit heures à minuit, les accidents se répétèrent avec une extrême intensité.

Les convulsions avaient cessé quand nous vîmes la malade le lendemain matin. La cyanose du visage, qui la veille était portée à un très haut degré, avait presque complètement disparu. Nous trouvions sur la langue de nombreuses traces de morsures. Potion de musc, extrait de valériane, aa 50 centigrammes. Le surlendemain, vers 11 heures, survint une nouvelle attaque aussi violente que celles qui l'avaient précédée et à laquelle succéda comme la première fois, une stupeur profonde, avec une perte absolue du sentiment.

Les urines, examinées à différentes reprises, n'ont jamais, ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, donné le moindre flocon albumineux.

Après ces attaques d'éclampsie, dont la dernière eut lieu le 11 septembre, la malade resta quarante-huit heures dans un état comateux profond; dans la nuit du 13 au 14, elle fut prise de délire, avec une agitation telle que, pour la contenir, on fut obligé de lui mettre la camisole de force. Les journées du 16 au 20 se passèrent bien, le calme semblait revenir et il ne restait plus que de l'hébétude, qui n'avait jamais disparu, lorsque le 21, pendant la visite, survint un accès de manie aiguë. Tout à coup, nous entendîmes la malade crier, et lorsque nous nous approchâmes d'elle,

nous la vîmes, l'œil animé, demandant en criant : « Ma fille! ma fille! » qu'on lui donnât son enfant, dont on avait été obligé de la séparer. Elle ne paraissait nullement avoir conscience de ses actes, de ses paroles et gardait cet air d'hébétude qui ne l'avait pas quittée depuis les premiers accidents. Néanmoins la malade ne tarda pas à guérir.

Cette observation est intéressante comme folie puerpérale post éclamptique survenant le lendemain de l'accouchement et par l'absence de l'albumine dans une forme qui relève d'un processus d'intoxication.

OBSERVATION V

Folie puerpérale à forme mélancolique. — Éclampsie. — Début un mois après l'accouchement. — Hystérie secondaire. — Hystérotocie.

F. J^e Sa..., ménagère, vingt-trois ans, mariée. Entrée le 5 mars 1893. Père et mère bien portants; un oncle maternel faible d'esprit. Antécédents personnels : aucune maladie antérieure; mariée il y a vingt-sept mois; deux enfants en bonne santé, un garçon et une fille dont la naissance remonte au mois de novembre 1892. La malade avait un caractère vif et changeant; mais ce n'est que depuis trois mois qu'elle a commencé à être malade. Elle se portait très bien auparavant et jamais n'avait présenté des signes d'aliénation, ni des crises convulsives d'aucune sorte.

Elle eut, un mois après son accouchement, un accès d'agitation maniaque; des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle voyait une femme qui voulait lui enlever son enfant, tantôt des gens inconnus qui viennent le lui prendre. Elle ne dort pas depuis quinze jours environ. Elle parle sans cesse de gens imaginaires. Depuis deux jours n'a pas donné le sein.

6 mars. — La malade est très agitée à son entrée, réclame son

mari. Elle a dormi ou plutôt n'a pas crié et a mangé un peu. Pas de fièvre.

Ce matin elle est plus calme, répond assez bien aux questions qu'on lui pose, mais la parole est saccadée. Le visage a une expression de satisfaction quand elle répond. Elle dit être bien d'accord avec son mari et ses voisins.

9 mars. — La figure a une expression mélancolique, anxieuse. Elle est calme, se met à pleurer quand on l'interroge, demande à voir ses enfants et son mari.

Rien au cœur, ni aux poumons.

Le ventre est souple, non douloureux à la pression. Rien à noter du côté des organes abdominaux.

Pas de pertes utérines. Urines : ni sucre, ni albumine. Traitement : purgation. Compression des seins.

Vin de peptone.

20 mars. — La malade va mieux au point de vue mental. Elle est néanmoins un peu faible. Pleure en demandant ses enfants. Toujours très constipée.

6 avril. — A 9 heures du soir, elle a pris une *crise convulsive*. les membres supérieurs sont agités de secousses violentes et se tordent en pronation. Secousses dans les membres inférieurs, beaucoup plus fortes. Mouvements de la rotation de la tête à droite et à gauche. Pas de perte de connaissance. La malade pousse des cris et ne donne aucune réponse. Dyspnée assez marquée avec mouvements d'apnée; pas de rythme de Cheyne-Stokes vrai. Rien à l'auscultation des poumons. Rien au cœur, pouls régulier, pas de fièvre.

Depuis cinq jours elle n'a *pas eu de selle* malgré le traitement. Urines : contiennent de l'*albumine*.

Traitement : lavements de chloral. Lavements froids.

Ventouses à la région lombaire.

Depuis plusieurs jours la malade était triste, refusait toute nourriture. Température 37 degrés. *Diminution dans la quantité* des urines.

7 avril. — La malade a été calme après son lavement de chloral et a pu dormir.

10 avril. — Analyse des urines. Coloration foncée. Densité 1,021.
Volume total 573 cc. Réaction acide.

	Par litre	Pour 573 cc.
Résidu fixe	46 gr.	26 gr. 36
Urée.	30 —	17 — 19
Acide urique	0 — 67	0 — 38
Acide phosphorique . .	2 — 30	1 — 32
Chlore	3 — 10	1 — 78
Acide sulfurique . . .	2 — 85	1 — 63

Pas d'éléments normaux.

21 avril. — Depuis la veille au soir la malade est dans un *état semi-comateux*, auquel succède par moment un état de sub-excitation avec accès de rire. Ces deux formes alternent pendant toute la journée. Elle n'a pas pris de nouvelles crises.

La malade n'a pas uriné depuis la veille au soir ; la vessie est vide. Lavements froids. Ventouses sèches.

10 mai. — La malade est dans un état de demi-stupeur, refuse de prendre des aliments : on est obligé de la nourrir à la sonde.

Urines : trouble par la chaleur qui disparaît par l'acide azotique.

1^{er} juin. — A une tendance marquée à garder les attitudes qu'on lui donne. Les membres supérieurs en particulier restent dans la position où on les met.

17 juin. — Elle se fait nourrir à la sonde de nouveau. Puis vers le 7 juillet elle commence à parler et à travailler. A la suite d'une visite où on lui a amené son petit enfant, elle a pris des allures enfantines. Lorsqu'on entre dans la salle, au moment de la visite elle fait une sorte de salut militaire, d'un geste lent, et reste dans cette attitude tant que le médecin lui parle. Elle répond à la façon d'un bébé à mi-voix, en baissant la tête, esquissant un timide sourire. Elle a les yeux fermés par un spasme de l'orbiculaire, pas de lésions oculaires, mais regarde en dessous et est attentive à tout.

21 février 1894. — Réapparition des règles venues la dernière fois le 9 avril 1893.

22 mai 1894. — Réglée de nouveau le 16 mai, sans qu'on ait

noté dans son état la plus légère amélioration. Elle est toujours dans le même *état pseudo cataleptique*, stupeur incomplète, car la malade voit ce qui se passe et n'y est pas indifférente. Se met parfois à crier brusquement ou à rire aux éclats ; elle est immobile avec cette tendance déjà notée à conserver indéfiniment toutes les attitudes possibles (tenir un irrigateur le bras étendu).

Urines . précipité par la chaleur d'urates qui se dissolvent dans l'acide azotique. A l'air sournoise, répète les mêmes mots :

« Oui, Monsieur, je me trompe, Monsieur. Des fois je pourrais vous fâcher, Monsieur, je vous parle tant poliment que je peux, Monsieur. »

D. Pourquoi vous tenez-vous ainsi ? R. Parce que je suis imbécile. Je ferme les yeux parce que j'ai peur de regarder trop loin. Je suis encore imbécile, je ne comprends rien, Monsieur. Je connais pas cette vie. Il y a des sujets qui passent devant mes yeux et me bouchent la vue.

Monotonie du langage. Gâteuse de jour et de nuit, n'a plus de crises. Fait du bruit la nuit, crie et chante.

Allures enfantines, regarde en dessous.

Va à la selle régulièrement, se rappelle la date de son accouchement et de son entrée.

Ce qui est caractéristique dans cette observation, c'est cette forme de stupeur, cette immobilité, toujours la tête inclinée en avant, laissant écouler sa salive et son mucus nasal sans bouger. Quand elle marche, elle trotine comme les petites filles, les bras en l'air, les yeux fermés. Cette phase pseudo cataleptique survenue après la crise éclamptique, ces accès de rire quasi-impulsifs, cette envie de se rendre intéressante, de parler en bébé, rappellent de tous points certaines formes de stupeur hystérique ; et de fait on doit songer à de l'hystérie consécutive à une auto-intoxication ; constipation, diminution de la quantité des urines, anurie même, diminution du taux de

l'urée par vingt-quatre heures, albumine par intervalles, formes convulsives et comateuses de l'urémie.

III. Folies paraissant liées à l'épuisement.

OBSERVATION VI

Manie puerpérale. — Réapparition des règles précédées d'amélioration.

M..., femme P..., cultivatrice, vingt-cinq ans, mariée.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de maladies antérieures graves.

Accouchement gémellaire le 3 juin 1893. Son délire a débuté à la fin de juillet. Elle croyait qu'on lui avait jeté un sort.

Un des jumaux mort-né, l'autre décédé peu de temps après.

Entrée à l'Asile le 8 novembre 1893.

9 novembre. — La malade a très peu dormi. Elle a passé la matinée à crier, gémir, cherchant à battre les infirmières. Est gâteuse, incohérence des idées, excitation, hallucination de la vue. Folie à caractère maniaque avec phases mélancoliques. Etat physique mauvais. Traitement tonique.

5 février 1894. — Amélioration. Tranquille, elle travaille dans la division. Ne délire plus maintenant.

12 février. — A vu réapparaître ses époques le 8 février, qu'elle n'avait pas eues depuis plus de trois mois. Sort guérie le 12 février 1894.

OBSERVATION VII

Nourrice. — Stupeur à l'entrée. — Amélioration rapide dès la suppression de l'allaitement.

B..., femme L..., trente-cinq ans, ménagère, mariée.

A séjournée à l'Asile du 1^{er} août au 10 décembre 1886, pour une lypémanie purpérale.

Deuxième entrée, 16 février 1894. — A un petit enfant de neuf mois quelle nourrissait. Les seins sont gonflés et donnent à la pression du lait. Facies anémique. Rien aux poumons.

Cœur, bruits sourds, pas de souffle, mais le premier bruit n'est pas net. Rien dans les urines. Va régulièrement à la selle. Les voisines depuis quelques temps, disaient du mal d'elle, l'appelaient « traînée » : la nuit elles montaient et redescendaient les escaliers de la maison, sonnaient chez elle, et frappaient sur les parquets. On la montrait du doigt dans la rue, idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe.

Régime tonique. Purgatif. Compression des seins.

3 mars. — La malade va mieux à la suite de la suppression de l'allaitement et l'amélioration coïncide nettement avec cette époque. Sort guérie un mois après.

IV. Folie transitoire du travail.

(Due à l'obligeance de M. Jamain, chef de Clinique d'accouchements)

OBSERVATION VIII

B..., cours Morand, trente-deux ans.

Pas d'antécédents héréditaires, tempérament nerveux. A eu trois enfants, une fausse couche à la suite de laquelle elle a eu une salpingite suppurée gauche ponctionnée par le vagin.

Il y a deux ans a eu une pleurésie à gauche, dont on trouve du reste des traces sous forme de frottements.

Les dernières règles datent du 27 août. Durant sa dernière grossesse, il ne s'est rien passé d'anormal. Les urines de la malade examinées tous les dix jours dans les trois derniers mois ne contiennent jamais d'albumine; les troubles digestifs ne présentent rien d'anormal. Il y a de la constipation. On trouve des varices énormes à la jambe droite. Pas de fièvre.

Le 14 juin les douleurs commencent vers midi; d'abord très légères, elles prennent bientôt une intensité réelle vers 7 heures du soir. Le travail marche d'ailleurs très bien; c'est une O. I. G. A.

La tête plonge en deux heures; la dilatation arrive à être à peu près complète. C'est à ce moment que débutent les accidents. La malade se plaint d'une douleur très vive à gauche, probablement due au tiraillement de ses anciennes adhérences de salpingite et subitement, sans autre cause, elle ne reconnaît plus personne promène un oeil vague sur les assistants sans reconnaître son mari, le médecin ou la garde-malade; elle ne sait plus qu'elle est enceinte et quoique très réservée habituellement, elle prononce des paroles ordurières et lance des insultes.

Il y a peu d'agitation, la température est normale, et le travail peut se terminer normalement à 10 heures du soir, sans que la malade ait eu conscience de son accouchement. Cet état de confusion des idées dura environ trois heures, se prolongeant une heure après la délivrance. A ce moment la malade ignore qu'elle a accouché, refuse de voir son enfant, et du reste ne reconnaît encore pas les personnes qui sont autour d'elle.

Progressivement la conscience lui revient; elle veut bien croire que c'est son enfant, elle cause et reconnaît l'entourage, mais ce n'est que le lendemain que lui revient le souvenir de la grossesse.

La malade ne s'est pas doutée de son accouchement, est actuellement très raisonnable et ce fut d'ailleurs la seule fois qu'elle eut des signes d'aliénation, très passagers, on le voit. Actuellement, elle ne se rappelle rien de ce qu'elle a dit dans cet état d'inconscience et de confusion mentale, ni les paroles malsonnantes, ni son refus de croire à son accouchement.

V. Folies durant la grossesse à terminaison lente. Hérédité.

OBSERVATION IX

Hérédité. — Albuminurie. — Début dans la grossesse, se prolongeant longtemps après l'accouchement.

D..., femme D..., cultivatrice, vingt-huit ans, mariée. Antécédents héréditaires, une tante et une sœur ont été dans des asiles d'aliénés.

Deux enfants bien portants. Pas de chagrins considérables. Pas d'alcoolisme. Peu de temps avant son premier accouchement elle a présenté des troubles cérébraux caractérisés par de la lypémanie. Elle pleurait sans cesse, était triste, et avait des frayeurs subites.

Hallucinations de la vue et de l'ouïe pendant la nuit. Elle se levait en sursaut et cherchait à sauter par la fenêtre. Méfiante. Ces idées délirantes sont allées toujours s'accroissant et tendent de plus en plus à se systématiser. Les hallucinations se reproduisent presque toutes les nuits. A nourri son enfant.

Depuis une semaine, la malade est cependant moins agitée, mais elle délire toujours. Elle a des moments de lucidité. Urines : albuminurie, pas de sucre. Régime lacté non exclusif.

10 mai 1893. — Même état anxieux.

11 juin. — La malade est toujours de même. Regard vague.

Elle paraît avoir des illusions de la vue.

4 juillet. — La malade a pris depuis quelque temps déjà un délire érotique très net. On la met au traitement arsenical.

5 août. — Même état. Excitation.

Actuellement la malade n'a pas eu d'amélioration et reste stationnaire au point de vue mental, bien que la folie remonte à près de deux ans.

OBSERVATION X.

*Hérédité. — Excitation maniaque. — Début dans la grossesse.
— Terminaison lente.*

B..., femme F..., modiste, trente-deux ans, mariée.

Fièvre typhoïde il y a deux ans, avec accidents cérébraux qui ont duré un mois. (Service M. Teissier, à l'Hôtel-Dieu.)

Excessivement jalouse (traits de bizarreries et de déséquilibre).

Entrée le 9 août 1894. — Depuis six mois n'a pas eu ses règles et dit être enceinte. Réponses brèves. Dort peu la nuit, elle parle d'une étoile, de visions, de miracles qui la mettent dans une certaine excitation. Idées bizarres; paroles incohérentes.

Rien aux poumons. Cœur : souffle d'insuffisance mitrale légère.

11 août 1894. — Excitation maniaque très accusée. Elle saute et chante dans sa cellule, en se mettant complètement à nu.

Pas de fièvre. Albumine dans les urines.

Refuse de prendre de la nourriture.

L'utérus remonte à l'ombilic. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. La pression sur les seins fait sourdre une goutte de liquide lactescent.

13 août. — Elle croit qu'on lui fait prendre des sangsues dans du lait, qu'elle a le corps « pourri de serpents. »

Elle est très excitée mais beaucoup moins qu'à l'entrée.

Dort peu la nuit. Parle, pleure, rit et chante tour à tour.

Elle raconte qu'elle est électrisée de la tête, qu'elle sent mauvais de la bouche.

8 octobre. — Accouche à l'Asile d'un fœtus de sept mois macéré. Lavages pendant quinze jours.

13 novembre. — Hallucinations. Anxiété. Bains et repos au lit prolongé.

17 novembre. — Hallucinations de l'ouïe, du goût. Illusions faciles. Albumine dans les urines.

Fin novembre. — Sort de l'Asile moins excitée, réclamée par son mari, mais nullement guérie.

Ces deux observations de folies, débutant dans la grossesse, comportent un pronostic sévère parce qu'on relève dans l'une des antécédents héréditaires et de l'albuminurie, dans l'autre des antécédents personnels (accidents cérébraux typhiques, irritabilité) et des signes d'insuffisance rénale.

CONCLUSIONS

I. La folie puerpérale n'est pas une et dépend de plusieurs facteurs.

II. La seule classification scientifique des psychoses est celle qui s'appuie sur la pathogénie.

III. Les causes sont :

L'infection.

L'auto-intoxication.

L'épuisement.

Une irritation réflexe.

IV. L'hérédité joue un rôle important mais secondaire et ne suffit pas à produire la folie du type puerpéral franc.

V. Le traitement se fonde entièrement sur l'indication causale et comme les causes peuvent se superposer, il doit les viser toutes.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIERRET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Folie puerpérale infectieuse	13
CHAPITRE III. — Folie puerpérale auto-toxique	23
CHAPITRE IV. — Folie puerpérale due à l'épuisement, Anémie	37
CHAPITRE V. — Délire par irritation réflexe	45
CHAPITRE VI. — Formes aux différents moments de la puerpéralité	63
CHAPITRE VII. — Traitement.	59
CHAPITRE VIII. — Observations.	65
CONCLUSIONS.	89

